

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1908-1909

N° 19

Considérations Cliniques et Bactériologiques

SUR LES

ABCÈS PÉRI-AMYGDALIENS ET INTRA-AMYGDALIENS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11 DÉCEMBRE 1908.

PAR

François-Jean-Baptiste-Antoine-Charles-Bénjamin CERTAIN

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Brive (Corrèze), le 31 Août 1884

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur-adjoint....	<i>Président.</i>
		ARNOZAN, professeur.....	
		LAGRANGE, agrégé.....	<i>Juges.</i>
		MONGOUR, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1908

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1908-1909

N° 19

Considérations Cliniques et Bactériologiques

SUR LES

ABCÈS PÉRI-AMYGDALIENS ET INTRA-AMYGDALIENS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11 DÉCEMBRE 1908

PAR

François-Jean-Baptiste-Antoine-Charles-Benjamin CERTAIN

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Brive (Corrèze), le 31 Août 1884

Examineurs de la Thèse

{	MM. MOURE, professeur-adjoint....	<i>Président.</i>
	ARNOZAN, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	LAGRANGE, agrégé.....	
	MONGOUR, agrégé.....	

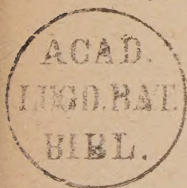
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1908



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires,
MASSE..... }

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
	PITRES.	Histoire naturelle.....	GULLAUD.
Clinique externe.....	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPUY.
Pathologie et thérapeu-	LANELONGUE.	Matière médicale.....	BEILLE.
tique générales.....	VERGELY (en congé).	Médecine expérimentale	FERRE.
Thérapeutique.....	VERGER (chargé).	Clinique ophtalmologi-	
Médecine opératoire..	ARNOZAN.	que.....	BADAL.
Clinique d'accouchements	VILLAR.	Clinique chirurgicale in-	DENUÉ.
Anatomie pathologique	LEPOUR.	fantile et Orthopédie.	BOURSIER.
Anatomie.....	COYNE.	Clinique gynécologique.	
Anatomie générale et	GENTES.	Clinique médicale des	MOUSSOUS.
histologie.....	VIAULT.	maladies des enfants.	DENIGES.
Physiologie.....	JOLYET.	Chimie biologique.....	
Hygiène.....	LAYET.	Physique pharmaceuti-	SIGALAS.
Médecine légale.....	LANDE.	que.....	LE DANTEC.
Physique biologique et	BERGONIE.	Pathologie exotique....	
électricité médicale.			

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR.	MM. VERGER.
CABANNES.	ABADIE.
	CRUCHET.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe ... {	MM. BEGOUIN.	Accouchements..... {	MM. ANDÉRODIAS.
	VENOT.		PERY.
	GUYOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. CAVALIÈ.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET.
	PRINGETEAU.	Histoire naturelle..	MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH.	Pharmacie..... {	MM. BARTHE.
			LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. N.
Accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÈ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

J'offre ce très modeste travail à mon père, dont la bonté pour moi ne connaît pas de bornes ; à ma mère, dont la douce affection fut comme un perpétuel rayon de soleil sur mes belles années de jeunesse ; qu'ils reçoivent aujourd'hui l'expression émue de mon amour filial et de toute ma reconnaissance pour les lourds sacrifices qu'ils se sont imposés, dans une vie toute faite de labeur et de peine. A celle qui sera bientôt ma compagne chérie je dédie ces lignes austères. A ma mère, à mon frère, à mon beau-frère que j'unis dans la même et tendre affection. Que mes oncles et mes tantes soient assurés de toute ma gratitude pour les bienfaits dont ils m'ont toujours comblé. Aux familles Hamel et Cazamajou, gage d'amitié et de dévouement.

Et maintenant, notre regard se détourne vers les quelques années de nos études médicales en un geste d'adieu, *Adieu*, à quelques-uns de nos amis, mais aussi d'espoir au plus grand nombre, que nous retrouverons dans l'Armée coloniale...

B. C.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MOURE

PROFESSEUR-ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE
DES MALADIES DU LARYNX, DES OREILLES ET DU NEZ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
GRAND-CROIX DE L'ORDRE D'ISABELLE LA CATHOLIQUE

« Il ne faut croire à nos observations, à nos théories que sous bénéfice d'inventaire expérimental. »

Claude BERNARD, *Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale.*

AVANT-PROPOS

Pendant notre stage à la clinique oto-rhino-laryngologique, il y aura bientôt un an, M. le Professeur Moure, parmi les nombreux cas d'abcès intra et péri-amygdaliens qu'il eut à examiner, fut frappé un jour par le manque d'altération de l'état général chez une jeune fille de 16 ans, porteuse depuis huit jours d'un abcès péri-amygdalien.

On sait, en effet, qu'un des principaux traits de cette affection est la réaction intense, démesurée presque, de l'organisme, vis-à-vis de cette infection locale. Les malades sont toujours très abattus et cet abattement peut aller jusqu'à la stupeur et la prostration.

M. le Professeur Moure nous conseilla d'étudier cette forme clinique, non signalée, de faire l'examen bactériologique du pus de l'abcès et, partant, d'étudier la flore microbienne des abcès intra et péri-amygdaliens en général, cette partie de leur histoire étant encore peu ou mal connue: c'est là le but de notre travail.

La partie microbiologique est trop intimement liée à l'étiologie et à la pathogénie de cette affection pour que nous n'en donnions pas les grandes lignes.

Nous étudierons également les différentes formes cliniques de ces abcès, afin de pouvoir saisir, observations à l'ap-

pui, le rapport qui existe entre le microbe et la forme clinique.

Nous terminerons en donnant un exposé rapide du traitement, pratiqué à la clinique du Professeur Moure et préconisé par lui.

Mais, avant d'aborder notre sujet, il est un devoir qui nous est très agréable, celui d'adresser à M. le Professeur Moure — dont nous pûmes trop peu de temps, hélas, goûter les claires et savantes leçons — l'hommage de notre profonde gratitude pour sa bienveillance constante et son dévouement à parfaire notre instruction médicale. Nous lui devons aussi l'idée première de notre thèse, dont il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence: nous le prions de recevoir nos humbles remerciements.

Nous sommes heureux de témoigner publiquement notre reconnaissance à ses collaborateurs dévoués, et en particulier à MM. les docteurs Brindel et Piétri, aides de clinique, qui nous ont si aimablement aidé et conseillé dans nos recherches.

Et, puisque le moment est venu de rendre hommage à nos bienfaiteurs, nous remercions de tout cœur le docteur Robert, Médecin principal de la Marine, du grand intérêt qu'il nous témoigna, et des conseils qu'il nous prodigua, durant notre séjour à Rochefort.

Nous emportons le meilleur souvenir de l'accueil si bienveillant que nous fit M. le Professeur Vergely dans son laboratoire de Pathologie générale. Nous n'oublierons pas ces causeries, si empreintes d'aménité, qu'il se plaisait à faire aux élèves de son laboratoire, après la leçon officielle.

Que M. le médecin général Jacquemin, directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine et des Colonies, et M. le médecin chef Bellot, sous-directeur de cette Ecole, daignent recevoir ici, l'hommage de nos sentiments respectueux.

Bordeaux, le 11 Décembre 1908.

B. CERTAIN.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie

§ 1. — *L'abcès péri-amygdalien est une affection locale.*

Les recherches nombreuses faites dans ces dernières années sur la pathogénie des amygdalites aiguës ont englobé aussi l'étude de l'angine phlegmoneuse. La notion nouvelle de l'amygdalite, maladie infectieuse, a bouleversé cette étude, et, d'après certains auteurs, l'amygdalite phlegmoneuse reconnaîtrait la même étiologie que l'amygdalite aiguë non suppurée. Si cela est vrai, à la rigueur pour l'abcès intra-amygdalien, on ne peut l'admettre aussi nettement pour le phlegmon péri tonsillaire, auquel un certain nombre de causes prédisposantes et déterminantes appartiennent en propre.

D'après Sallard, l'amygdalite ne serait qu'une maladie générale infectieuse, une fièvre dont l'angine ne serait qu'une manifestation relative. Cette manière d'envisager les choses paraît très séduisante et cette théorie a été brillamment défendue. Examinons les arguments que Sallard déclare suffisants pour consacrer sa théorie :

La période d'invasion, marquée par des frissons, du malaise général, de la courbature, le tout pouvant précéder les manifestations du côté de la gorge ;

L'évolution cyclique en un temps toujours à peu près le même, avec un appareil fébrile que n'explique pas suffisamment l'état de la gorge ;

L'apparition possible et assez fréquente des complications

viscérales diffuses (arthropathies, orchite, ovarite, néphrite, endocardite);

La convalescence qui est longue et s'accompagne d'une faiblesse disproportionnée avec la bénignité apparente de la maladie;

Enfin la contagion, assez fréquente dans certaines conditions.

Nul caractère semblable pour le phlegmon péri-amygdalien, qui se comporte comme un abcès banal. Sans doute, il évolue bien lui aussi en huit à dix jours, en moyenne. Mais la guérison rapide, avec l'ouverture spontanée ou chirurgicale; le manque de période de convalescence avec l'anémie et la faiblesse que laisse à sa suite toute maladie infectieuse; sa non-contagiosité, font de l'abcès péri-amygdalien, une affection locale.

On peut observer, il est vrai, des complications viscérales, mais un phlegmon, situé en n'importe quel point de l'organisme, peut provoquer une septico-pyohémie; peut-être même quelquefois le foyer purulent amygdalien n'est qu'une manifestation locale au cours d'une infection générale d'emblée avec porte d'entrée quelconque. Quant aux suppurations du voisinage, si elles compliquent la péri-amygdalite, nous savons par quel mécanisme: la lymphangite est le mode habituel de propagation. Quelques autres complications sont dues tantôt à la phlébite septique, tantôt à l'artérite des petits vaisseaux, voisins du foyer purulent ou qui le traversent: n'est-ce pas là la façon de procéder habituelle au phlegmon en général?

Il existe bien une période d'invasion (léger mal de gorge avec chaleur et sécheresse locales, malaise général, lassitude), durant laquelle on ne peut penser qu'à une amygdalite aiguë banale, avec altérations cryptiques — l'un ne va pas sans l'autre — Et c'est à celle-ci que l'on doit attribuer l'état fébrile du début, avec son cortège symptomatique habituel. Souvent d'ailleurs les prodromes manquent, et le début est brusque par la phase angineuse. De ce que celle-ci est cons-

tante au début de l'affection, est-ce à dire que le phlegmon péri-amygdalien n'est pas une affection primitive tout comme l'angine, et qu'il n'existe qu'autant que l'amygdalite, au lieu de se résoudre, se termine par suppuration? Est-ce à dire qu'il est toujours secondaire à une amygdalite? C'est la tendance de nombreux auteurs et particulièrement l'opinion de Goodale, qui admet que l'abcès péri-tonsillaire est nécessairement précédé d'une phase d'amygdalite suppurée, conséquence elle-même d'une amygdalite parenchymateuse primitive. Cette opinion est basée sur une fausse interprétation des faits: il existe une forme mixte d'angine phlegmoneuse avec abcès intra et péri-amygdaliens concomitants.

Nos observations et le fait que de nombreux malades, enclins à des abcès péri-tonsillaires à répétition, n'ont jamais souffert d'angines simples, mais seulement de ces abcès, semblent bien nous démontrer que l'abcès péri-amygdalien est une affection essentiellement primitive, dans son type classique, véritable entité morbide qui prend rang dans la nosologie à côté et en dehors de l'amygdalite simple.

Nous pourrions encore citer d'autres arguments: Moure a signalé des cas, où le début remonte à trois jours, à deux jours, à 24 heures même dans un cas, et où l'incision donnait issue à de la sérosité louche. Que devient alors la phase angineuse préalable?

A côté du phlegmon primitif, il existe une forme secondaire que l'on ne peut nier: son existence est démontrée par l'Obs. V. Nous l'étudierons au chapitre concernant les formes cliniques de ces abcès. Il n'en existe pas moins une forme primitive, la plus fréquente, et s'il y a des lésions angineuses, elles n'en sont ni la cause, ni le point de départ: elles évoluent côte à côte, et traduisent le premier pas de l'inflammation.

Si nous avons développé un peu longuement le parallèle c'est de façon à mieux saisir l'étiologie et surtout la pathogénie du phlegmon péri-amygdalien, affection purement locale et non pas maladie infectieuse.

§ 2. — *Causes prédisposantes.*

L'hérédité, les divers tempéraments: lymphatique, nerveux, arthritique, ont été tour à tour invoqués. Ridcharson Parke admet l'influence des émotions morales vives, dépressibles; d'autres affirment l'origine rhumatismale de l'esquinancie phlegmoneuse (Monari, Bosworth). Sur 44 malades observés par Cobb, 18 étaient indemnes d'une tare rhumatismale, 19 possédaient des antécédents douteux; 7 étaient nettement rhumatisants. Cl. Rice nie toute relation avec le rhumatisme, qu'il n'a observé que trois fois sur 21 cas.

Le lymphatisme peut prédisposer au phlegmon péri-amygdalien en tant que créant un appel des infections sur le tissu adénoïdien, en général, et, en particulier, sur le tissu lymphoïde si abondant du pharynx (anneau de Waldeyer). Mais si l'amygdale des sujets lymphatiques réagit très facilement vis-à-vis des agents pathogènes, c'est surtout par des amygdalites répétées; le tempérament lymphatique prédispose à l'adénoïdite hypertrophique chronique.

L'enfance, qui est l'âge de l'hypertrophie amygdalienne, n'est pas l'âge du phlegmon périlonsillaire. Notre observation XVI, qui semble en contradiction avec ce fait, concerne une enfant de 8 ans, qui a eu de l'hypertrophie des amygdales, avec poussées d'amygdalite, et un phlegmon intra-amygdalien et non péri-amygdalien. Cornet rapporte cependant un cas de phlegmon péri-amygdalien survenu chez un enfant de 9 mois.

Quant à l'hérédité, elle ne peut créer chez un sujet que le tempérament de ses ascendants et non la prédisposition au phlegmon: celle-ci est toute individuelle et nous n'aurons pas de peine à le prouver en montrant, dans un instant, le rôle étiologique de la fossette sus-amygdalienne.

Il y a quelques années, c'était presque exclusivement au coup de froid qu'était reconnu le pouvoir de donner naissance aux angines phlegmoneuses. A cette période a suc-

cédé, au moment du premier épanouissement des doctrines microbiennes, une ère de réaction peut-être exagérée et prématurée, qui enleva au froid, presque du jour au lendemain, toute, ou au moins la plus grande part de la vogue dont il avait conservé si longtemps le privilège incontesté. Maintenant qu'une interprétation plus rationnelle des faits tend à l'emporter sur un enthousiasme trop prompt et un peu irréféchi, le traditionnel refroidissement a reconquis dans l'étiologie non peut-être tout son empire, mais une place raisonnable, qui nous paraît être la vraie.

Parmi les causes adjuvantes d'ordre général, nous devons citer la débilité du sujet, qui peut résulter d'une maladie antérieure (accouchement par exemple), l'action des variations atmosphériques. L'importance des variations atmosphériques serait démontrée, pour les classiques, par l'apparition plus fréquente de l'angine phlegmoneuse dans les climats froids et humides, à l'époque des saisons de transition (fin du printemps et de l'automne). Voici les résultats d'une statistique portant sur 263 cas :

RELEVÉ DES CAS D'ABCÈS PÉRI ET INTRA-AMYGDALIENS
OBSERVÉS A LA CLINIQUE
DU PROFESSEUR MOURE DEPUIS 1899 JUSQU'A 1908 :

Janvier.....	26 cas.
Février.....	22 —
Mars.....	13 —
Avril.....	17 —
Mai.....	24 —
Juin.....	24 —
Juillet.....	21 —
Août.....	49 —
Septembre.....	21 —
Octobre.....	20 —
Novembre.....	16 —
Décembre.....	10 —

D'après cette statistique, la proposition précédente ne serait pas absolument vraie: les mois de mars, avril, novembre et décembre seraient précisément ceux qui réunissent le moins de cas. Au contraire le maximum s'observe en mai, juin, juillet et surtout août, c'est-à-dire au printemps et au fort de l'été.

On doit incriminer souvent une lésion locale ou une lésion de voisinage.

Ecartons d'abord les irritations locales produites par des poussières, des gaz, ou par le tabac, les épices, les boissons alcooliques, en un mot par toutes les causes de pharyngite chronique; si elles sont capables de déterminer du catarrhe à l'amygdale, elles ne sont point assez actives pour provoquer la suppuration.

Il est des cas dans lesquels le traumatisme semble jouer véritablement le rôle de cause déterminante, et, spécialement, le traumatisme opératoire. Dans un cas de Sallard, un sujet de 25 ans fut atteint d'une première poussée de péri-amygdalite phlegmoneuse, trois ans après une amygdalotomie double, alors qu'il n'avait souffert auparavant que d'amygdalites catarrhales. Chez une malade de Garel, après une amygdalotomie double, subie dans l'enfance, pour hypertrophie des amygdales, survinrent, de 14 à 28 ans, treize à quatorze poussées d'angine phlegmoneuse.

Chez un malade, traité par M. le docteur Escat par l'ignipuncture, trois abcès péri-amygdaliens se sont développés en six mois.

Un corps étranger peut également provoquer un abcès péri-amygdalien (Obs. XXV).

Dans d'autres circonstances, signalées par Ruault, l'inflammation péri-amygdalienne peut succéder à certaines opérations intra-nasales pratiquées avec une asepsie défectueuse; d'après lui, l'infection serait apportée par la voie sanguine.

Kœhler admet comme cause la plus fréquente la périostite alvéolo-dentaire, développée au niveau de la dernière molaire inférieure cariée. C'est aussi l'opinion de Moritz-

Schmidt, qui admet le transport des streptocoques du pus périostique jusqu'à l'amygdale, où ils pullulent dans le milieu favorable des bouchons cryptiques. Nous nous rangeons à cette manière de voir, et quoique nous n'ayons pas d'observation probante, nous concevons fort bien la possibilité de cette étiologie.

D'après Kœhler, viendrait en second lieu, par ordre de fréquence, l'amygdalite lacunaire chronique. Nous verrons, dans un instant, la grosse importance étiologique de cette affection.

Au cours d'une diphtérie, la suppuration peut être le résultat d'une infection secondaire par les microbes pyogènes. Sendziack nous apporte une observation, où la suppuration envahit les trois amygdales (palatine, pharyngée, linguale), dans une diphtérie grave du pharynx et du naso-pharynx.

La grippe peut encore être invoquée comme une cause adjuvante: notre observation IV en est la preuve.

Kœhler admet enfin l'influence d'un foyer purulent de voisinage, l'otite moyenne chronique: le pus s'écoule dans le pharynx, par la trompe d'Eustache et infecte l'amygdale; cette variété d'otite est si fréquente et de si longue durée habituelle, que par elle on pourrait facilement expliquer les récidives. Cette opinion nous paraît un peu hasardée et n'est d'ailleurs basée que sur une généralisation, partie d'une observation unique d'abcès intra-amygdalien.

CHAPITRE II

Microbiologie

§ 1. — *Technique.*

Les facteurs étiologiques divers que nous venons de passer en revue prédisposent à l'infection. Quelle est la cause efficiente de cette dernière? Ce sont les agents pathogènes qui normalement habitent la cavité buccale et vivent sur l'amygdale saine. Leur virulence, latente à l'état normal, se réveille un jour sous le coup de fouet d'une cause déterminante et provoque tantôt une angine banale, tantôt une angine phlegmoneuse: ce sont des notions de pathologie générale aujourd'hui bien acquises.

Mais ce qui est moins bien établi c'est la nature même des agents qui provoquent ces collections purulentes de la région péri-amygdalienne ou intra-amygdalienne et ce qui le prouve c'est la diversité des opinions à ce sujet.

En effet, dans les cas connus de nous, où l'on a pratiqué l'examen bactériologique on a trouvé les microbes suivants:

Dans quatre observations rapportées in Thèse de Veillon, on a trouvé deux fois le streptocoque de l'érysipèle, associé au pneumocoque et deux fois le streptocoque pyogène;

Sallard a noté, dans un cas personnel, la présence de nombreux streptocoques.

Loguki a fait l'examen bactériologique dans 11 cas d'abcès péricarotidiens. Il a obtenu les résultats suivants:

- 1^{er} cas : staphylococcus pyogenes albus et streptococcus pyogenes.
- 2^e — streptococcus pyogenes.
- 3^e — streptococcus pyogenes.
- 4^e — staphylococcus et streptococcus.
- 5^e — staphylococcus aureus.
- 6^e — staphylococcus aureus et staphy. albus.
- 7^e — staphylococcus aureus.
- 8^e — streptococcus et staphylococcus albus.
- 9^e — streptococcus.
- 10^e — staphylococcus pyogenes albus et staphy. aureus.
- 11^e — staphylococcus albus et streptococcus pyogenes.

Widal a trouvé, dans un cas, après ouverture spontanée, du coli-bacille et quelques rares colonies de streptococcus. Netter a cité un type d'angine phlegmoneuse à pneumocoques.

Hugo Seltén a retrouvé dans un abcès de l'amygdale linguale, chez un vieillard, un micro-organisme très semblable à celui du rouget des porcs, mais qui ne s'est pas montré pathogène chez les animaux.

Treitel, de Berlin, note dans plusieurs cas d'abcès chroniques des amygdales des streptocoques et des staphylocoques.

Raoult rapporte le cas d'un abcès chronique du voile et de la logette sus-amygdalienne contenant des calculs: les calculs renfermaient des leptothrix et l'abcès de nombreux staphylocoques.

Thomas Hublard cite le cas d'un homme de 30 ans et un autre cas où il s'agit des membres d'une famille entière qui eurent une diphthérie compliquée d'abcès amygdaliens: dans tous les cas, on trouva le bacille de Löffler.

Hâtons-nous de reconnaître que, malgré tout, le strepto-

coque semble être le plus souvent en cause. Mais pourquoi l'histoire des abcès péri-amygdaliens au point de vue bactériologique est-elle si pauvre en documents? A quels motifs faut-il attribuer cette indigence, alors que l'histoire des infections des autres organes a donné lieu à une si riche floraison de recherches? Elle est imputable à plusieurs causes. D'abord, l'abcès de l'amygdale, maladie en apparence bénigne, n'a pas été jugé digne d'attirer l'attention des expérimentateurs; en outre, si l'examen du pus recueilli suffit à déterminer le ou les micro-organismes en cause, encore faut-il que ce pus soit assez bien collecté pour qu'une incision soit faite en temps utile, avant l'ouverture spontanée du foyer. D'ailleurs, les résultats acquis ne nous paraissent pas à l'abri de la critique, étant donné les procédés employés pour les obtenir.

La plupart des auteurs, en effet, qui se sont occupés de cette question, se servent, pour prélever le pus à examiner, d'un fil de platine aseptique qu'ils plongent dans la collection purulente, après incision de la paroi de l'abcès ou même après ouverture spontanée de cet abcès. Loguki faisait ses prélèvements avant l'ouverture de l'abcès, avec une seringue de Pravaz; une partie du pus était examinée directement au microscope, l'autre ensemencée sur gélatine et agar simple ou glycérimé. Or, la bouche et le pharynx, sans cesse contaminés par l'air, les aliments, forment un terrain, sur lequel se développe à l'état normal, une flore aussi abondante que variée. Il y a donc certaines précautions à prendre pour aller recueillir au niveau du foyer purulent les microbes que nous voudrions étudier; la première est de ne pas souiller notre instrument au contact des parois de la cavité buccale ou de l'abcès. C'est la grande critique que nous adresserons aux procédés mentionnés plus haut. Il semble bien difficile en effet, pour ne pas dire impossible, d'introduire un fil de platine aseptique au fond de la gorge d'un malade, atteint le plus souvent de trismus, plus ou moins docile et toujours ému par l'opération qu'il vient de subir, sans

contaminer ce fil au contact de la muqueuse buccale, ou des lèvres de l'incision. Le fil de platine ne rapporte plus uniquement les micro-organismes pyogènes, il rapporte aussi des microbes qui pullulent dans la bouche. Quant au procédé de Loguki, qui se sert de la seringue de Pravaz, pour perforer la paroi de l'abcès, on comprend aisément que l'aiguille de la seringue est fatalement souillée par les microbes qui cultivent sur cette paroi, puisqu'elle doit la perforer pour arriver jusqu'au pus. Nous ne parlerons pas du cas de Sallard où le pus a été prélevé dans un abcès intra-amygdalien ouvert spontanément depuis plusieurs heures.

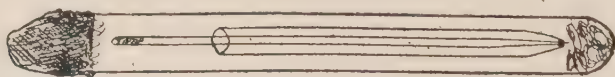
C'est pourquoi M. le professeur Moure, se basant sur ces considérations, a fait construire une pipette spéciale, qui a servi à toutes nos recherches et dont voici la description: cette pipette, longue d'environ 20 cm., est contenue dans un tube en verre, ouvert aux deux bouts, d'un calibre sensiblement supérieur au sien, mais d'une longueur moindre. Ce tube a une extrémité effilée, celle qui correspond à la partie capillaire de la pipette. Nous appellerons ce tube: le tube-manchon. Ces deux parties constituent l'appareil lui-même et sont enfermées dans un tube en verre, semblable à un tube à essai dont l'ouverture serait close par un tampon de coton. Nous appellerons ce tube l'étui-protecteur. Le tout est stérilisé à l'autoclave.

Façon de recueillir le pus. — Comment procédons-nous pour faire nos prélèvements? Au moment où l'opérateur va ouvrir l'abcès, nous sortons de son étui-protecteur la pipette munie de son tube-manchon, nous retirons la pipette jusqu'à ce que son extrémité effilée se trouve un peu en arrière de l'extrémité correspondante du tube-manchon et alors nous sommes prêts à recueillir le pus. Aussitôt que le galvanisme a fait une brèche dans la poche abcédée, dès que la première goutte de pus apparaît, nous approchons notre tube-manchon jusqu'au contact des lèvres de l'incision, en évitant le plus possible, lors de la traversée buccale, de

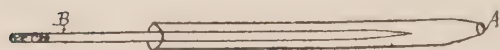
contaminer son extrémité effilée contre la muqueuse linguale ou la muqueuse des joues. Lorsque ce tube est bien mis en place, ce qui offre toujours de la difficulté, car le malade est indocile, s'agite et souffre de l'opération qu'il vient de subir, alors seulement on enfonce la pipette assez profondément, jusqu'à 2 et 3 cm., en prenant soin toutefois de ne pas la briser contre les parois de l'abcès. On aspire quelques gouttes de pus et on retire la pipette de son tube-manchon, sans que celui-ci soit déplacé, ce qui est encore un temps difficile de l'opération.

Il nous semble que, de cette façon, nous sommes à peu près sûrs de ramener de la poche phlegmoneuse le ou les seuls microbes qui ont donné naissance à la collection purulente. En admettant même que le tube-manchon soit souillé au contact des parois de la cavité buccale, nos résultats ne seront pas compromis, puisque nous avons le soin de laisser son extrémité effilée au seuil de la cavité purulente; la pipette rigoureusement aseptique va puiser seule le ou les microbes à étudier.

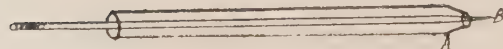
Les schémas ci-dessous sont destinés à nous faire comprendre les différents temps de prélèvement.



Le dispositif stérilisé dans un tube de verre. (1)



Avant l'aspiration.



Après l'aspiration.

(1) Ce dispositif a été présenté le 30 mars 1908 à la Société d'anatomie de Bordeaux, par le Dr Piétri.

Il va sans dire que l'éclairage au miroir de Clar est indispensable pour accomplir ces divers temps.

Une fois le prélèvement effectué, on ferme la pipette à la lampe et l'on peut ainsi la transporter au laboratoire sans crainte de l'infecter avec les microbes étrangers. Au laboratoire, on casse l'extrémité de la pipette à l'aide d'une pince passée à la flamme.

Préparations microscopiques. — On étale alors la gouttelette de pus qu'on a laissé tomber sur la lamelle, pour permettre l'examen microscopique. Ces lamelles étaient colorées par différents procédés (picro-carmin, solution hydro-alcoolique de violet de gentiane, méthode de Gram, etc.), et examinées au microscope.

Notre méthode n'est pas à l'abri de tout reproche et il faut en reconnaître les nombreuses imperfections, les multiples lacunes. D'abord, hâtons-nous de dire que dans la plupart des cas, nous nous sommes contentés de l'examen microscopique. Ce n'est que dans les cas douteux que nous avons étendu nos investigations; nous les signalerons après chaque observation. Nous avons peut-être une excuse: le manque de temps, car les études bactériologiques sont toujours très laborieuses et chaque cas d'abcès péri-amygdalien pour être complètement analysé au point de vue bactériologique exige au moins un mois de travail quotidien au laboratoire. Enfin nous n'avons pas isolé les espèces microbiennes anaérobies, car leur recherche demande une technique toute spéciale et pleine de difficultés. D'ailleurs nous ne pensons pas que nos résultats soient infirmés par ce genre de recherches.

§ 2. — *Observations.*

Toutes les observations suivantes sont personnelles et ont été relevées, sauf une, à la clinique du Professeur Moure. Nous n'en donnerons que des résumés, car la description détaillée serait fastidieuse. Les microbes ont été étudiés suivant la technique exposée plus haut.

OBSERVATION I

Abcès péri-amygdalien droit.

Yollande G..., seize ans, couturière, venue à la consultation du Pr Moure, le 15 janvier 1908.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rougeole à 4 ans. Enfance un peu chétive. Pas sujette aux maux de gorge.

Maladie actuelle. — Il y a 8 jours, éprouva quelques frissons ; malaise, sécheresse de l'arrière-gorge, puis un endolorissement du côté droit du cou. Deux ou trois jours après les phénomènes douloureux disparurent. Gêne de la déglutition surtout pour la salive. Pas de fièvre. Un peu d'insomnie. Appétence conservée. Pas de fatigue très prononcée.

Lorsqu'elle se présente à la consultation, pas d'abattement. Le regard est vif, le facies normalement coloré. Pas de fièvre. Pas de douleur. Pas d'adénopathie. Pouls à 80.

L'isthme du gosier présente une rougeur diffuse. L'amygdale droite est rouge, très tuméfiée et repoussée en dedans et en bas ; le pilier antérieur est rouge, épais et œdémateux ; la luette est également très épaissie et la portion du palais qui s'étend au-dessus du pilier antérieur bombe fortement en avant.

Rien dans les urines.

On porte le diagnostic d'abcès péri-amygdalien antéro-supérieur droit.

On ouvre l'abcès au galvano-cautère. Le pus situé peu profondément s'écoule en assez grande quantité. Il est jaunâtre et épais.

Observation bactériologique. — Courtes chaînettes de streptococcus à gros éléments.

OBSERVATION II

Abcès péri-amygdalien droit.

Léon T..., quarante-cinq ans, serrurier, se présente à la consultation, le 25 janvier 1908.

Antécédents héréditaires. — Père mort alcoolique. Mère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Marié; deux enfants bien portants; soixante mois de Sénégal. Paludisme; n'a pas eu d'accès depuis un an. N'a jamais eu d'abcès de l'amygdale.

Maladie actuelle. — Il y a douze jours, douleur au niveau de la gorge; malaise, courbature. Pendant la nuit, insomnie, fièvre. Le matin, au réveil, douleur plus violente du côté droit du cou. Déglutition impossible. Reste alité pendant dix jours avec une fièvre intense. Se nourrit avec du lait et du bouillon.

Facies pâle. Yeux caves et regard terne. Dit avoir maigri de 5 kilogs.

Pouls 116. Température 38°9. Un peu d'albumine dans les urines. Rien à l'appareil respiratoire ni au système nerveux.

Rougeur diffuse de tout le voile qui est envahi par la tuméfaction, partie du côté droit. Le pilier antérieur est infiltré, rouge. On ne peut distinguer l'amygdale et seulement une tumeur rouge et lisse, du volume d'une petite noix.

On porte le diagnostic d'abcès antéro-supérieur.

La région-sous-angulo-maxillaire est empâtée et douloureuse. Adénopathie à ce niveau.

Ouverture de l'abcès au galvano. Le pus est environ à 1 cm. de pro-

fondeur. Il est jaunâtre, bien lié et s'écoule en abondance. Soulagement immédiat.

Observation bactériologique. — Streptocoque pur à courtes chaînettes et à gros éléments.

OBSERVATION III

Abcès intra-amygdalien gauche.

L... Jeanne, dix-neuf ans, mécanicienne ; 15 février 1908.

Antécédents personnels. — Méningite à 8 ans. Enfance chétive. Sujette aux maux de gorge.

Maladie actuelle. — Début remonte à quatre jours. Gêne de la déglutition. Douleur au troisième jour. Fièvre la nuit dernière.

Actuellement : facies pâle. Yeux injectés. Abattement. Léger trismus. Pouls 120. Température 39°2. Adénopathie sous-angulo-maxillaire. Projection de l'amygdale gauche vers l'intérieur de la gorge ; cette glande est rouge, tuméfiée, exulcérée par endroit et saignant facilement. Les piliers sont un peu plus volumineux qu'à l'état normal. A la palpation masse rénitente et très douloureuse.

Ouverture de l'abcès au galvano. Pus jaunâtre en grande quantité à 1 cm. de profondeur.

Observation bactériologique. — Streptocoque pur. Chaînettes de 2 à 4 éléments.

OBSERVATION IV

Abcès antéro-supérieur droit.

Martial C..., garçon de clinique, quarante-sept ans. 8 avril 1908.

Antécédents personnels. — Marié, père de trois enfants bien portants. Bronchite il y a trois ans. Pas sujet aux maux de gorge.

Maladie actuelle. — A eu la grippe il y a quinze jours (forme thoracique). Reste alité pendant quatre jours. Quitte la chambre au bout

de huit jours. Commence à souffrir de la gorge. Un peu de malaise. Conserve l'appétit. Un peu de gêne de la déglutition surtout pour la salive. Depuis trois jours, ne mange que du potage et des laitages.

Douleur peu intense au niveau de la gorge. Pas d'adénopathie sous-maxillaire : cet examen ne provoque aucune douleur. Un peu de fièvre vespérale.

Le pilier antérieur droit est effacé, accolé à l'amygdale qui est de la grosseur d'une petite prune et qui est refoulée vers la partie médiane. Pas d'exsudat. Tout l'isthme du gosier est rouge. La luette n'est pas œdématisée, mais la partie du voile, qui est au-dessus du pilier antérieur, le surplombe en une tumeur rouge, de la grosseur d'une noix. Au toucher, cette tumeur est rénitente et peu douloureuse.

L'état général est bon. Facies normalement coloré. Pouls à 76. Pas de fièvre. Le malade n'a pas quitté son service à la Clinique.

Ouverture de l'abcès au galvano qui pénètre à 2 cm. 1/2 environ. On déterge à la sonde. Il s'écoule une très petite quantité de pus.

Observation bactériologique. — Chaînettes de diplostreptocoques à 4 ou 6 éléments

OBSERVATION V

Abcès péri-amygdalien gauche.

P... Marcelle, seize ans, vient à la consultation, le 6 mai 1908.

Souffre d'angines très fréquentes depuis l'enfance et a presque tous les hivers des abcès, dont le premier date de l'âge de 8 ans. En dehors des poussées, la malade crache souvent des masses pultacées féti-
dides et les amygdales restent volumineuses.

Elle s'était déjà présentée à la consultation, le 22 avril, pour une angine aiguë, avec hypertrophie des amygdales. On avait décidé pour aujourd'hui l'amygdalotomie. Mais la malade nous raconte que, depuis trois jours elle a de la fièvre, souffre beaucoup plus pour avaler, et

Malaise, courbature, céphalalgie, anorexie. Température 39°1. Pouls à 110,

La langue est très saburrale, l'état général mauvais. Un peu de trismus. Adénopathie sous-angulo-maxillaire.

L'isthme du gosier est très rouge. Les deux amygdales se rejoignent presque sur la ligne médiane. La luette et le pilier antérieur gauche sont très œdédiatiés. On porte le diagnostic d'abcès péri-amygdalien antéro-supérieur gauche.

L'abcès est ouvert au galvano par M. le Dr Piétri. Il s'écoule un pus fétide et abondant.

Observation bactériologique. — Courtes chaînettes de streptococcus à gros éléments, la plupart en dehors des cellules du pus, quelques-unes dans leur intérieur.

OBSERVATION VI

Abcès péri-amygdalien gauche.

R... Louis, vingt et un ans, serrurier, entré le 25 mars à l'Hôpital du Tondu, service du P^r Pousson.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 12 ans.

Il y a deux ans contracte une blennorrhagie, qui guérit au bout d'un mois. En décembre dernier nouvel écoulement, qui a été abondant et persistant. Le 24 mars une orchite se déclare et nécessite son entrée à l'hôpital.

On le traite par le repos, la pommade mercurielle et les instillations. Actuellement il persiste une induration légère de la tête de l'épididyme et du pôle antérieur du testicule.

Le 25 avril, le malade, qui était alité, dit s'être levé pour aller au lavabo et s'être refroidi. Le soir même il souffrait de la gorge, était gêné pour déglutir et avait 37°8. Le lendemain la déglutition était presque impossible. Malaise. Fatigue ; abattement. Régime lacté. Au bout de 3 ou 4 jours prend quelques aliments solides.

Le 4 mai, on ouvre un abcès péri-amygdalien antéro-supérieur gauche au galvano. Il s'écoule une assez grande quantité de pus jaunâtre et épais. Température ; 38°. Pas de soulagement ; en outre le malade

a des élancements dans l'oreille gauche. La température monte à 38°9 :

Nous voyons alors le malade. Il est très abattu, pâle, le visage couvert de sueur. Il nous dit éprouver de vives douleurs du côté gauche de la gorge. Déglutition très douloureuse surtout pour la salive. Les aliments refluent en partie par les fosses nasales, ce qui indique une parésie du voile. La voix est nasonnée. Pas d'adénite, mais la palpation de la région sous-angulo-maxillaire est douloureuse.

Un peu de trismus. Tout le voile du palais est rouge et œdématié. Le pilier antérieur gauche est boursoufflé, lisse, et laisse voir à sa partie supérieure une ulcération à bords déchiquetés, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes et recouverte d'un enduit jaunâtre. Quant à l'amygdale elle est volumineuse et adhérente au pilier antérieur.

On déterge à la sonde et on prélève du pus à la pipette.

Le lendemain la température est à 37°4 ; le pouls à 96. Les urines sont louches, rouge foncé, mais sans albumine. Le malade se sent soulagé. La guérison est complète le cinquième jour.

Observation bactériologique. — Si nous avons pris une observation aussi complète, c'est que nous désirions avoir des renseignements suffisants sur notre malade, au cas où nous aurions trouvé le gonocoque dans le pus de l'abcès péri amygdalien. Au cours d'une blennorrhagie aiguë il n'est pas rare en effet de constater des suppurations dans les points les plus divers de l'organisme.

Il n'en a rien été dans le cas actuel et à l'examen microscopique nous avons observé un bacille dont les caractères morphologiques se rapprochaient beaucoup de ceux du bacille de Lœffler.

Notre ami, le docteur Fournier, a bien voulu procéder à un ensemencement sur sérum solidifié et dès la 24^e heure il a vu apparaître des colonies grisâtres, augmentant assez rapidement de volume et correspondant nettement au bacille de la diphtérie.

OBSERVATION VII

Abcès péri-amygdalien droit

S... Auguste, 22 ans, plâtrier, se présente à la consultation le 30 mai 1908.

Abcès péri-amygdalien du côté droit, ayant débuté il y a huit jours. La fluctuation est perceptible au doigt. Fièvre 38°5. Pouls 112. Traces d'albumine dans les urines. Abattement très marqué. Facies très pâle.

On ouvre l'abcès au galvano (Dr Piétri). Pus abondant, crémeux, très fétide.

Observation bactériologique. — Streptocoques courts, à gros éléments.

OBSERVATION VIII

Abcès péri-amygdalien gauche

M... Jean, 25 ans, zingueur. Observé le 30 mai 1908. Abcès ayant débuté il y a quatre jours.

Gedème de la luette et du pilier antérieur gauche. Dysphagie. Douleurs internes. Adénopathie sous-maxillaire. Phénomènes généraux graves. Température 39°1. Pas d'albumine dans les urines.

Ouverture de l'abcès au galvano (Dr Brindel). Pus abondant et jaunâtre, épais.

Observation bactériologique. — Streptocoques courts. Diplocoques prenant le Gram.

OBSERVATION IX

Abcès péri-amygdalien droit

D... Marie, 33 ans, ménagère. Observée le 10 juin 1908.

Souffre depuis huit jours de la gorge. Dysphagie extrême. Trismus

tellement prononcé qu'il empêche l'examen. Abattement, fièvre et adénopathie sous-maxillaire.

Le lendemain, le trismus est moins intense ; on constate la présence d'un abcès antéro-supérieur droit. Incision au galvanq (D^r Piétri).

Observation bactériologique. — Streptocoques en chaînettes longues et nombreuses.

OBSERVATION X

Abcès péri-amygdalien droit

M... Madeleine, 31 ans, couturière, observée le 10 juin 1908.

Souffre depuis le 6 juin. Gêne de la déglutition. Douleurs vives dans la gorge. Fièvre. Malaise. Anorexie.

Le 9 se présente aux Pansements externes où on incise un abcès antéro-supérieur droit. L'incision ne donne issue qu'à du sang. Pas de soulagement.

Le 10 les phénomènes généraux et douloureux sont tout aussi intenses.

Incision au galvano (D^r Brindel).

Le pus qui est à 2 centimètres de profondeur sort épais et abondant.

Observation bactériologique. — Streptocoque à courtes chaînettes, peu nombreuses.

OBSERVATION XI

Abcès péri-amygdalien gauche

L... Pierre, 37 ans, limonadier. Observé le 12 juin 1908.

Antécédents personnels. — Sept ans de Soudan, d'Algérie ou de Madagascar. Sujet aux maux de gorge. Poussées d'amygdalite légère, cédant à la teinture d'iode.

Le 8 juin, à la suite d'une promenade à la campagne, a commencé à souffrir de la gorge, surtout à gauche. Ces douleurs sont allées en aug-

mentant. Un peu de fièvre. Pas d'anorexie. Gêne considérable pour la déglutition des aliments et de la salive. A abandonné son travail hier, par suite de son mauvais état général ; courbature, abattement, céphalée, fièvre, élancements dans l'oreille gauche. — Actuellement : insomnie la nuit dernière. Enervement tel qu'il a dû sortir pour se promener. Douleur sourde dans l'oreille gauche, avec élancements. Ce matin la fièvre et la céphalée ont diminué. Mais le facies est pâle, l'air abattu, le pouls à 106. Faiblesse générale, langue saburrale. Appétit conservé. Léger trismus, empâtement sous-angulo-maxillaire douloureux à la pression.

Abcès antéro-supérieur, de la grosseur d'une noix, rénitent, peu douloureux. Rougeur et infiltration de tout le voile. La luette est très œdématisée et ne laisse plus voir que son extrémité.

Ouverture de l'abcès au galvano (Dr Brindel).

Le pus est situé très profondément.

Observation bactériologique. — Streptocoques nombreux à courtes chaînettes. Quelques diplocoques.

OBSERVATION XII

Abcès péri-amygdalien droit

B... Mathilde, 32 ans, ménagère. Observée le 23 juin. Souffre de la gorge depuis six jours.

Jouit d'une bonne santé mais a eu déjà neuf abcès de l'amygdale.

Actuellement abcès antéro-supérieur droit classique. Fièvre. Mauvais état général. Traces d'albumine dans les urines.

Ouverture de l'abcès au galvano (Dr Brindel).

Le pus est situé profondément.

Observation bactériologique. — Streptocoques à courtes chaînettes. Nombreux diplocoques.

OBSERVATION XIII

Abcès péri-amygdalien droit

B... Françoise, 45 ans, journalière, se présente à la consultation le 18 juillet 1908, pour un violent mal de gorge.

Jusqu'à l'âge de 25 ans dit avoir eu au moins dix abcès de l'amygdale. Depuis cette époque elle n'en avait pas eu.

Il y a huit jours douleur violente à la gorge, surtout du côté droit, avec élancements dans l'oreille droite. Fièvre intense. Déglutition presque impossible. Abattement.

Aujourd'hui facies pâle, langue très saburrale, état général mauvais. Fièvre 38°5. Pouls 120. Trismus très prononcé. Empâtement sous-angulo-maxillaire droit. Le voile du palais est très œdématisé surtout à droite où il bombe en avant sous forme d'une tumeur rénitente, peu douloureuse à la pression et du volume d'une grosse noix. On ne distingue plus la luette qui est effacée par envahissement de l'œdème. On porte le diagnostic d'abcès péri-amygdalien antéro-supérieur. Cet abcès présente un point de ramollissement blanchâtre à sa partie inférieure.

On ouvre au galvano (D^r Piétri). Le pus, qui est à 2 centimètres environ de profondeur, sort abondant, jaunâtre et excessivement fétide.

Observation bactériologique. — Streptocoques à chaînettes grêles, composées de cinq ou six éléments. Quelques rares diplocoques.

OBSERVATION XIV

Abcès péri-amygdalien postérieur gauche

D... Charlotte, 64 ans, se présente à la clinique le 18 juillet, pour douleur violente à la gorge, gêne de la déglutition et de la respiration.

Etat général très mauvais. La malade est très abattue. Température 38°9. Pouls 120.

A l'examen, le pilier postérieur est boudiné. Œdème du repli aryténo-épiglottique gauche. L'amygdale est rouge, projetée en avant et un peu en dedans. Trismus et adénopathie cervicale.

La malade souffre depuis le 13 juillet. Elle n'a jamais eu ni angine, ni abcès.

Incision au galvano (Dr Piétri). Pus très abondant, mais peu fétide.

Observation bactériologique. — Streptocoque pur à courtes chaînettes, à gros éléments.

OBSERVATION XV

Abcès postéro-supérieur gauche

F... Mathieu, 21 ans, vient se faire examiner pour une « angine » avec douleur violente dans l'oreille gauche.

Facies pâle. Faiblesse générale. Presque en état de prostration.

A l'examen, l'amygdale gauche est propulsée en bas, en avant et en dedans. Le pilier postérieur est gonflé, rouge et exulcéré. Au miroir, on voit sourdre du pus du pôle supérieur de l'amygdale.

On porte le diagnostic d'abcès postéro-supérieur et on l'incise, à l'aide du galvano, au point d'élection.

Pus très profondément situé, peu abondant.

Observation bactériologique. — Streptocoque pur. Longues chaînettes en diplostreptocoques.

OBSERVATION XVI

Abcès intra-amygdalien gauche

Le 22 juillet nous examinons à la consultation, la jeune B... Marcelle, âgée de 8 ans, qui se plaint d'un mal de gorge.

La mère nous dit que sa fillette est très sujette aux angines. Il y a quinze jours elle aurait eu une angine avec fièvre, inappétence, qui aurait cédé au traitement en huit jours. A ce moment-là, apparut une

douleur plus violente à gauche. Fièvre. Anorexie. Gêne de la déglutition. Léger nasonnement. La douleur s'irradie dans l'oreille gauche.

A l'inspection, le facies est normalement coloré, l'œil assez vif ; mais on n'a pas l'impression de brisement et d'abattement qui caractérise les abcès de l'adulte. Le pouls est à 100. La température à 37°5. Pas d'adénopathie cervicale. L'amygdale gauche est rouge, tuméfiée et fait saillie vers le milieu de l'isthme du gosier. La consistance est assez molle, sans fluctuation.

Le pilier antérieur est rouge et œdématié ainsi que tout le voile.

Nous portons le diagnostic d'abcès intra-amygdalien. On l'ouvre au galvano.

Le pus est situé très profondément. Il est crémeux, épais, assez abondant, pas fétide.

Observation bactériologique. — Streptocoques en courtes chaînettes.

OBSERVATION XVII

Abcès péri-amygdalien postérieur droit

L... Thomas, 67 ans, commissionnaire. Observé le 10 novembre 1908.

Souffre depuis dix jours. Dysphagie. Dysphonie. Elancements dans l'oreille droite. Abattement, fièvre. Adénopathie sous-maxillaire.

A l'examen, œdème considérable du voile à gauche. On distingue à peine la luette. Le pilier antérieur est aplati contre l'amygdale. Le pilier postérieur est boudiné et projeté en dedans. L'entrée du larynx est intacte.

A eu deux abcès à 18 et 35 ans.

On ouvre l'abcès au galvano (Dr Piétri).

Pus abondant, peu fétide.

Observation bactériologique. — Streptocoques nombreux. Chaînettes de 4 à 10 éléments ; quelques-unes de grêles à 4 et 6 éléments. Quelques autres en diplostreptocoques.

Les observations qui suivent ont été empruntées à des

auteurs, qui ont pratiqué simultanément l'analyse bactériologique du pus de l'abcès et du sang ou des viscères.

OBSERVATION XVIII (résumée)

(Empruntée à Froenkel)

Malade âgé de 34 ans, apporté sans connaissance. Râles disséminés dans la poitrine, matité du cœur augmentée, double bruit diastolique de la base. Bientôt ecchymoses sur les bras, les jambes et les cuisses; mort après quelques jours.

Autopsie. — Gros cœur, hypertrophie du ventricule gauche, endocardite ulcéreuse des valvules aortiques, pneumonie étendue, foie et reins tuméfiés, infarctus de la rate. *Une amygdale infiltrée de liquide purulent.*

Résultat des cultures. — Streptocoques au niveau des amygdales, des valvules aortiques, dans le myocarde et dans les reins.

OBSERVATION XIX (résumée)

(Empruntée à Veillon)

Enfant mort en 48 heures par septicémie, à la suite d'un abcès de l'amygdale. L'analyse du sang démontra l'existence du streptocoque pyogène. Puis on enleva au moyen d'un amygdalotome une portion de l'amygdale; sur ce fragment on pratiqua avec un bistouri, rougi au feu, une cautérisation de la muqueuse, et, à travers l'eschare ainsi produite, on introduisit l'effilure d'une pipette, pour recueillir purement la sérosité intra-muqueuse.

Cette sérosité, examinée au microscope et ensemencée, contenait une quantité considérable de chaînettes de streptocoque pyogène.

OBSERVATION XX

(Empruntée à Veillon)

Ernest G. . . , 28 ans, entré le 4 août à l'Hôpital, salle des Blessés.

La maladie a débuté par du malaise, de la courbature, de l'inappétence et de la fièvre. La dysphagie est rapidement devenue intense, elle s'est accompagnée de constriction incomplète des mâchoires. Céphalalgie violente.

La muqueuse des piliers est rouge vif, vernissée, œdémateuse, les amygdales sont tuméfiées. Les jours suivants l'état général reste mauvais. L'amygdale gauche devient énorme et prend un aspect phlegmoneux.

Ganglions énormes et douloureux.

La température oscille entre 38° et 40°.

Le 7 août ouverture de l'abcès ; amélioration de l'état général et local pendant 2 jours, chute de la température.

Les jours suivants l'état général redevient mauvais, la température remonte à 40°.

Les articulations deviennent douloureuses, le poignet est rouge et empâté. Taches érythémateuses sur la peau du thorax et du ventre.

Pseudo-rhumatisme infectieux. La température reste très élevée, la langue est rôtie, les dents fuligineuses ; il y a du subdélire.

Le malade meurt le 24 août.

Observation bactériologique. — L'exsudat recueilli sur les amygdales a donné : streptocoque de l'érysipèle associé au pneumocoque.

Le sang du cœur prélevé à l'autopsie a donné : streptocoque de l'érysipèle.

Réflexions. — Cette observation montre qu'un abcès de l'amygdale peut être suivi d'une véritable septicémie avec le syndrome pseudo-rhumatisme infectieux. Le streptocoque d'abord localisé à l'amygdale, a causé la mort par généralisation, tandis que le pneumocoque est resté localisé dans la bouche.

OBSERVATION XXI

(Empruntée à Veillon)

Joseph P..., commis aux Halles, entré le 19 juin, salle Borvisart, n° 25 bis.

A eu une première angine en août 1892, et une deuxième en avril 1893.

Début brusque, il y a 3 jours ; frissons, courbature, fièvre. Muqueuse pharyngée rouge vif, tuméfiée. Les jours suivants la dysphagie devient complète, le malade peut à peine entr'ouvrir les mâchoires. L'amygdale gauche très gonflée est repoussée sur la ligne médiane. Ganglions gros et douloureux. Douleur dans l'oreille gauche. Le 20 juin, ouverture spontanée de l'abcès, la température descend immédiatement, mais remonte le lendemain ; en effet le 21 le côté droit du pharynx devient flegmoneux. Ouverture du deuxième abcès au bistouri, le 23. Guérison et sortie le 26 juin.

Bactériologie : l'exsudat, recueilli sur la muqueuse du pharynx et des amygdales, contenait le streptocoque pyogène et le pneumocoque virulent.

Le pus de l'abcès, recueilli purement, ne contenait que le streptocoque pyogène.

OBSERVATION XXII

(Empruntée à C. Chauveau)

F..., 40 ans. Depuis six mois, sensations passagères d'élancements, mais pas à proprement parler de douleur, ni de dysphagie, gêne légère. Pas de fièvre.

Dans la périphérie de l'amygdale droite, au voile du palais surtout, aspect un peu œdémateux et violacé. A l'ouverture d'un point saillant et rénitent de la partie supérieure de l'amygdale, au moyen du galva-

no-cautère, il s'échappe en abondance un pus crémeux et fétide, dont voici l'examen bactériologique fait par M. Marié-Davy :

En raison du temps écoulé entre la prise et l'examen, il est assez difficile de donner la composition histologique par suite de la destruction des cellules.

Cependant, on peut dire que ce pus est composé, au milieu de cellules de pus granuleuses plus ou moins décomposées, de cellules ovales à gros noyau, assez nombreuses, et ayant mieux résisté à la décomposition.

Au point de vue bactériologique les préparations présentent :

Quelques chaînettes de streptocoques ;

Quelques pneumocoques ;

De nombreux amas de gros cocci et de diplococci ;

Elles ne renferment pas de bacilles de Koch.

La disposition des bactéries, le nombre des groupes de cocci nous portent à les considérer comme représentant l'infection primordiale, les autres n'étant que des infections secondaires.

Le pus serait donc d'origine staphylococcique.

OBSERVATION XXIII

(Empruntée à C. Chauveau)

F..., 35 ans, qui accusait une gêne du côté droit de la gorge et du cou, et cela depuis un temps déjà assez long (plusieurs mois).

L'amygdalé droite était notablement plus grosse que la gauche : la partie inférieure faisait une sorte de saillie.

Le malade me semblant un névropathe, je n'attachais à ses dires qu'une importance relative. Cependant, sachant le rôle des lésions locales même insignifiantes, dans les paresthésies du pharynx, je fis quelques pointes de galvano-cautère dans l'amygdale droite, dont la tuméfaction, d'ailleurs notable, me paraissait la seule lésion appréciable.

Au moment où j'enfonçai mon cautère dans la petite saillie infé-

rière, il s'écoula une certaine quantité de pus, dont voici l'examen fait également par Marié-Davy :

Pus épais, consistant, de couleur normale ;

Liquide filtré contenant de la mucine et de l'albumine ;

Composition histologique : corpuscules de pus normaux abondants. Quelques cellules ovales à gros noyau ; mucine coagulée, formant des grumeaux.

Examen bactériologique. — Les préparations présentent des bactéries isolées diverses provenant de la bouche, mais elles sont remplies de cocci et de diplococci libres dans le liquide ou inclus dans les cellules du pus.

L'abondance de ces micro-organismes, leur présence dans les corpuscules du pus, permettent de conclure à leur spécificité.

Les cultures présentent uniquement les colonies jaune d'or du staphylococcus aureus.

OBSERVATION XXIV

(Empruntée à C. Chauveau)

H..., 45 ans, éprouvant une gêne assez vague du côté droit de son pharynx, sans autre symptôme, mais très timoré ; ajoutant beaucoup d'importance à ces troubles légers, sans doute parce qu'il y a une dizaine d'années, des phénomènes semblables s'étaient produits et terminés par la rupture d'un abcès tout aussi indolore mais volumineux.

L'amygdale avait une grosseur assez considérable ; elle était irrégulièrement bosselée, et, en bas, en un point particulièrement rénitent, l'épaisseur de la muqueuse semblait diminuée, la teinte un peu décolorée comme celle du tégument d'un abcès qui va crever. Rien de semblable évidemment aux distensions des cavités cryptiques par des amas pultacés. Ouverture au galvano-cautère à ce niveau : pus abondant, qui examiné par le Dr Gaillard, donna du micrococcus tétragène.

OBSERVATION XXV (résumée)

(Empruntée à Raoult)

Il s'agit d'un malade qui aurait avalé, 15 jours avant l'apparition des accidents phlegmoneux, une paille d'orge, qui se serait implantée dans l'amygdale. Le malade éprouva une douleur légère, puis ne s'en préoccupa plus. Le gonflement amygdalien et l'adénopathie apparurent progressivement. Lorsque l'auteur l'examina, il constata un phlegmon péri-amygdalien externe proprement dit.

Pour ouvrir ce dernier, l'auteur se servit de ciseaux, avec lesquels il traversa l'amygdale et parvint à effondrer les parois de l'abcès.

Dans le pus, qui fut craché par le malade les jours suivants, on retrouva le corps étranger.

§ 3. — *Résultats des examens bactériologiques*

L'examen bactériologique a porté sur 17 observations d'abcès intra et péri-amygdaliens. Les cas que nous avons étudiés peuvent se classer en :

Abcès péri-amygdaliens.....	15
Abcès intra-amygdaliens.....	2

Dans 16 cas nous avons constaté la présence de streptocoque pur, le plus souvent sous forme de chaînettes courtes, composées de gros éléments au nombre de deux à six.

Dans un cas (obs. VI), nous avons trouvé le bacille de Klebs-Löffler. Ensemencé sur sérum solidifié, il a donné des colonies caractéristiques.

§ 4. — *Interprétation des faits*

En entreprenant ces recherches, nous nous étions proposé de résoudre le problème suivant: quel ou quels sont les microbes qui causent les phlegmons intra et péri-amygdaliens? Nous sommes arrivé à enregistrer des faits; cherchons à les interpréter.

Il est évident que si nous nous rapportons à nos résultats, nous sommes frappés de la présence presque constante et unique du streptocoque pyogène dans le pus de tous les abcès que nous avons examinés. Si nos recherches sont exactes, nous sommes obligés de lui accorder un rôle très important dans la pathogénie des abcès amygdaliens et péri-amygdaliens, sans toutefois en faire le microbe spécifique.

Dans notre chapitre de l'étiologie, nous avons établi une distinction, au point de vue pathogénique, entre l'abcès intra-amygdalien et l'abcès péri-amygdalien; celui-là n'étant qu'un degré de plus dans l'intensité des lésions, et reconnaissant la même étiologie que l'amygdalite aiguë non suppurée. Nous avons considéré d'autre part l'abcès péri-amygdalien comme une affection essentiellement primitive puisqu'il existe de nombreux malades, enclins à des abcès péri-tonsillaires à répétition, qui n'ont jamais souffert de ces angines simples, mais seulement de ces abcès. Or, dans l'un et dans l'autre cas, nous retrouvons presque toujours le même microbe: le streptocoque.

Les observations bactériologiques de Veillon, sont très instructives à ce sujet; dans 24 cas, l'exsudat des angines contenait 24 fois du streptocoque; dans 16 cas, il était associé au pneumocoque, dans 2 cas au staphylocoque; dans un cas terminé par abcès, le pus contenait du streptocoque pur. Ce qui veut dire qu'à la surface le streptocoque est toujours associé, que, dans la profondeur, il est le seul à pénétrer. D'ailleurs, c'est le streptocoque que l'on trouve

profondément dans les tissus ou dans le sang de la circulation générale dans les cas graves. C'est ainsi que dans plusieurs cas de septicémie mortelle d'origine amygdalienne, tels que ceux de Frænkel, de Fuerbringer, de Metzner, et enfin de Hanot, l'examen bactériologique simultané des viscères, du sang et des amygdales démontra la présence du streptocoque.

Pourquoi dans le phlegmon intra-amygdalien, ne retrouvons-nous pas le ou les autres microbes qui cultivaient avec lui à la surface? Il nous serait difficile de répondre, mais nous pouvons toujours constater le fait, et reconnaître au streptocoque une qualité que ne possèdent pas ou possèdent à un degré moindre les autres microbes: celle de pénétrer plus facilement que ses congénères à travers les tissus.

Cette propriété spéciale étant démontrée, nous nous expliquons du coup pourquoi nous avons rencontré le streptocoque presque constamment dans le pus des abcès péri-amygdaliens. Un fait cependant semble contrarier notre thèse: pour l'abcès intra-amygdalien, nous pouvons admettre aisément que le streptocoque soit le seul en cause, outre cette affinité particulière pour la profondeur des tissus que nous lui avons reconnue, il a encore pour lui la supériorité du nombre, comme les recherches de Kurth et de Sentner l'ont établi en démontrant que, dans certaines amygdalites, le streptocoque pullulait très activement au niveau des cryptes. Mais, dans l'abcès péri-amygdalien qui, lui, n'est pas précédé d'une phase angineuse, pourquoi ne retrouvons-nous pas le pneumocoque, par exemple, qui habite dans la bouche normale dans la proportion de 20/00, alors que le streptocoque ne s'y rencontre que dans la proportion de 5,5/00? On est obligé de convenir que le streptocoque jouit véritablement d'une faculté spéciale de pénétration, à un degré bien plus élevé que les autres microbes de la bouche, puisque, malgré son infériorité numérique, il sort vainqueur de la course vers la profondeur des organes.

Cependant, il rencontre quelquefois, exceptionnellement d'ailleurs, des adversaires sérieux, qui triomphent sur lui. Notre cas d'abcès à bacille de Löffler en est un exemple (Obs. VI). Nous rapportons ce fait sans l'interpréter; il est trop isolé, car, dans tous les autres cas, où ce microbe a été signalé, il existait une diphtérie pharyngée ou bucco-pharyngée concomitante. Tout au plus pourrait-on dire que, puisqu'il existe des angines non diphtériques à bacilles de Löffler, il peut exister des abcès de l'amygdale à bacilles de Löffler, sans diphtérie simultanée.

Après avoir reconnu au streptocoque le rôle prépondérant dans la pathogénie des abcès de la région amygdalienne, essayons d'établir s'il existe un rapport entre la forme clinique de l'abcès et le microbe qui le produit.

Et d'abord, comment pouvons-nous expliquer qu'une forme typhoïde et une forme frustre relèvent du même microbe: le streptocoque? Nous ne voulons pas reprendre l'histoire du streptocoque, qui ne date pas de vingt ans, et qui a déjà passé par des phases bien diverses; l'opinion médicale a penché alternativement pour la pluralité ou l'unité d'origine des divers streptocoques trouvés chez l'homme. Nous n'avons pas la prétention de trancher la question. Cependant, nous nous rangeons à l'opinion autorisée de Vidal et Besançon, qui, après des recherches portant sur 122 échantillons, provenant de 89 sources différentes, démontrent l'insuffisance des caractères morphologiques et biologiques invoqués pour la différenciation des variétés de streptocoques, et arrivent à la conclusion suivante: « en » résumé, sans vouloir conclure que tous les microbes en » chaînettes sont des microbes d'une seule et même espèce, et tout en admettant qu'à côté de l'espèce streptocoque, il puisse exister d'autres microorganismes ayant » des caractères semblables et cependant d'espèce différente, nous estimons que, de même que l'on a identifié le » streptocoque de l'érysipèle et celui de la suppuration, de même on doit admettre l'identification du streptocoque

» de la bouche normale et des divers streptocoques patho-
» gènes. Ce ne sont pas là des espèces distinctes, mais seu-
» lement des races transformables d'une seule et même es-
» pèce. Pour le streptocoque comme pour le staphyloco-
» que, le pneumocoque et le coli-bacille, c'est la même es-
» pèce microbienne qui, saprophyte vulgaire de nos tégu-
» ments et de nos cavités naturelles, la cavité bucco-pharyn-
» gée en particulier, est capable de récupérer sa virulence
» et de devenir l'agent d'infections locales ou générales, pri-
» mitives ou secondaires. »

Lingelsheim a voulu classer les streptocoques en streptococcus brevis, ou à courtes chaînettes, et en streptococcus longus, ou à chaînettes allongées et à grains très nombreux; Widal et Besançon démontrent que cette distinction n'est pas fondée, car souvent des streptocoques de même provenance se présentent tantôt sous forme de longues chaînettes, tantôt sous forme de courtes chaînettes. Widal prétend également que la brièveté des chaînettes ne saurait être considérée comme un caractère de virulence moindre comme le soutient Lingelsheim, et de fait, dans nos observations, nous n'avons trouvé que des chaînettes courtes, même dans les cas bénins.

Enfin, le groupement des éléments de la chaînette en diplocoques n'aurait rien de caractéristique et serait d'observation bien plus générale; il correspond à une phase de développement du microbe, chaque grain se divisant par scissiparité.

Nos observations viennent corroborer pleinement ces vues biologiques et dans les deux cas de phénomènes réactionnels peu intenses, nous n'avons trouvé aucun caractère morphologique suffisant, pour nous permettre d'établir une différence entre ces streptocoques et ceux que nous avons observés dans les autres cas. Et, même aurions-nous trouvé un caractère spécial, nos conclusions auraient peu de valeur, étant donné les considérations ci-dessus, basées sur un beaucoup plus grand nombre d'observations.

Puisque les caractères morphologiques des streptocoques observés ne nous permettent pas d'expliquer cette différence dans la façon de réagir de l'organisme, nous devons admettre que cette réaction est fonction de la virulence du microbe. Tous les auteurs s'accordent, d'ailleurs, à reconnaître que le streptocoque *a la propriété d'acquérir une virulence très variable en degré et en modalité.*

Pour quelle raison un individu réagit-il moins fortement qu'un autre à l'infection streptococcique? C'est là une question de pathologie générale, où entrent en jeu plusieurs facteurs, terrain, hérédité, âge, maladies antérieures, comme nous le disions au début de ce chapitre. Mais dans nos trois observations (I, IV, XVI), nous n'avons pas trouvé de raisons suffisantes pour nous expliquer cet état de moindre réceptivité morbide. Le fait est rare pour les abcès de l'amygdale et méritait d'être signalé.

Toutes nos recherches ont porté sur des cas d'abcès aigus, mais, malheureusement, nous n'avons pas eu l'occasion d'étudier des cas d'abcès chroniques. Or, dans la grande majorité de ces derniers, les auteurs signalent du staphylocoque. Nous regrettons de n'avoir pu contrôler le fait à l'aide de notre procédé, car si nos résultats avaient concordé avec ceux de nos prédécesseurs, nous aurions pu tirer la conclusion suivante: le streptocoque est l'agent des abcès amygdaliens et péri-amygdaliens aigus; le staphylocoque se retrouve plutôt dans les abcès chroniques.

CHAPITRE III

Pathogénie

Nous avons vu que le même agent microbien pouvait produire indifféremment des formes cliniques très diverses, soit par exaltation de sa virulence à un degré variable, soit par modification du terrain. Ces deux éléments interviennent sans doute ensemble par une action combinée qui nous explique d'une façon satisfaisante, l'alternance du phlegmon et de l'amygdalite simple chez un même malade; de même ils rendent suffisamment compte de ces phlegmons par refroidissement, qui restent uniques dans la vie d'un malade.

Mais il est de nombreux cas où l'esprit ne peut se contenter de cette pathogénie; ce sont les cas des poussées phlegmoneuses à répétition chez des sujets porteurs de lésions chroniques diverses, ou chez des malades qui ont subi des opérations sur la région amygdalienne. Il s'ajoute à ces deux facteurs pathogéniques: virulence, réceptivité morbide, un troisième élément: la localisation anatomique du microbe.

Cl. Rice, cherchant dans une disposition locale la cause des abcès à répétition, a trouvé presque constamment, chez les malades atteints de cette affection, des adhérences entre l'amygdale et les piliers, et s'est si bien convaincu de leur importance que, lorsque, à l'examen d'un malade, ces

adhérences ne sont pas constatées, il affirme que la suppuration ne se produira pas. Pour asseoir plus solidement son opinion, il a détruit ces adhérences chez 5 malades, atteints d'abcès péri-amygdaliens répétés deux fois par an; trois fois la récurrence a mis plus d'un an à reparaître; deux fois un peu moins d'un an; pendant cette période, les malades n'ont souffert que d'amygdalites aiguës bénignes.

Cl. Rice admet hypothétiquement que la suppuration se produirait grâce à la rétention des germes pyogènes, en arrière de ces adhérences; quand les cryptes amygdaliennes sont perméables et largement ouvertes, il ne se produirait pas de phlegmons périlonsillaires; les enfants, si enclins aux amygdalites, ne sont pas sujets à cette affection. L'abcès est donc extra-amygdalien et ne survient que chez l'adolescent ou l'adulte prédisposé par des inflammations répétées de l'amygdale, qui ont créé des adhérences entre cet organe et les piliers. Il est rare chez l'enfant, parce que chez lui les adhérences anormales n'ont pas eu le temps de s'établir à la faveur des poussées inflammatoires successives.

Cette théorie contient peut-être une part de vérité, mais elle ne s'applique pas à tous les cas: dans nos observations XIII et XV, nous n'avons pas noté d'adhérences pathologiques. Dans plusieurs cas réunis dans la thèse de Guillon, où le début des lésions chroniques s'est manifesté par des poussées de phlegmon périlonsillaire à répétition, la présence d'adhérences n'a pas été signalée, bien qu'il y eût hypertrophie amygdalienne datant de loin.

D'ailleurs, si l'on voit des cas où des adhérences se sont produites chez des sujets qui ont souffert de phlegmons, il est souvent bien difficile de déterminer leur valeur étiologique; sont-elles consécutives à des amygdalites aiguës répétées, établies avant l'apparition du premier abcès? Ou bien, sont-elles le résultat de phlegmons répétés?

En face de l'insuffisance de la théorie de Cl. Rice, une autre opinion fut émise par Killian, qui considéra la

fossette sus-amygdalienne comme point de départ de l'infection. Cette opinion a été magistralement développée par Botey, au Congrès de 1900 et nous croyons devoir la reproduire en grande partie :

« En introduisant un stylet recourbé dans la fossette sus-amygdalienne, j'ai remarqué, en promenant la pointe du stylet entre l'extrémité supérieure de l'amygdale, et les piliers, que l'ouverture, par où l'on pénètre à l'intérieur de la fossette supra-tonsillaire, est très souvent rétrécie par deux ou trois pertuis, interrompus par des brides, qui doivent nécessairement faciliter la rétention des produits sécrétés par l'extrémité supérieure de l'amygdale palatine, à l'intérieur de la fossette supra-tonsillaire. En outre les bords postérieur et antérieur de l'amygdale sont souvent adhérents aux piliers correspondants sur une étendue variable. Si nous détruisons les adhérences au niveau du pôle supérieur, pour le dégager de la fossette supra-tonsillaire, nous trouvons assez souvent de nouvelles adhérences de la glande aux parois de cette fossette. Finalement, si nous poursuivons cette dissection vers le bas, après avoir libéré le bord libre des piliers et celui de la moitié inférieure de la plica triangularis, qui s'insère par la base sur la langue, nous nous heurtons fréquemment à de nouvelles difficultés pour dégager la glande des tissus environnants; la face interne de la plica triangularis est intimement accolée au parenchyme de l'amygdale. »

Et plus loin :

« Si l'extrémité supérieure de la glande est de moyen volume, la fossette est plutôt petite, bornée en arrière par l'organe et recouverte en avant par la plica, sous laquelle, à la partie antérieure et supérieure de l'isthme entre les deux piliers, il existe une étroite ouverture, par où le stylet pénètre dans la fossette, et qui

» explique la facile rétention du pus et des produits sécrétés par les cryptes du pôle supérieur de l'amygdale.

» A la partie supérieure, la plica triangularis contourne d'avant en arrière l'extrémité de la tonsille, en formant un repli à bord inférieur concave, que Killian appelle *Margo semilunaris*, et qui se trouve situé immédiatement au-dessous de la fusion du pilier antérieur sur le voile. Ce repli est quelquefois assez développé, offre l'aspect d'un rideau masquant une partie du pôle supérieur de l'amygdale et en adoucit les contours; mais ce repli, est alors assez intimement accolé à la glande et la séparation en est assez malaisée.

» A part les cas où l'amygdale est atrophiée, et adhérente presque de tous côtés, la plupart du temps ces adhérences sont moins accusées, et l'on peut, avec un peu de patience, dégager suffisamment la glande des piliers, de la plica et des parois de sa loge pour en supprimer la moitié supérieure, laissant alors la fossette supra-tonsillaire libre de toute obstruction et largement béante, ce qui rend à peu près impossible une nouvelle atteinte de péri-amygdalite phlegmoneuse... Mon attention est portée principalement sur les péri-amygdalites phlegmoneuses consécutives à l'oblitération de l'ouverture de cette fossette sus-amygdalienne ou des régions tonsillaires voisines avec la plica et les piliers. Dans ces cas, le point de départ de l'abcès est toujours dans les cryptes supérieures de l'amygdale; l'écoulement du pus étant impossible, l'inflammation se propage à la cavité pharyngo-maxillaire. Dans la grande majorité des cas, le pus s'en tient à la fossette antérieure de la cavité pharyngo-maxillaire et vient sourdre, en avant et au-dessus de cette glande, sur l'extrémité supérieure recourbée du pilier antérieur... L'oblitération de l'ouverture de la fossette n'est pas toujours complète; cette cavité est très souvent irrégulière, divisée par des adhérences de l'amygdale et des cloisonnements en cavités secondaires contenant des mag-

» mas caséux, oblitérant les ou le pertuis de communi-
» cation avec l'extérieur. Cette portion de fossette com-
» munique parfois avec la bouche, par l'ouverture d'une
» crypte située immédiatement au-dessous de la *Margo*, en
» plein tissu amygdalien. S'il survient une folliculo-cryptite
» à cette place, la turgescence des bords de l'ouverture et
» l'inflammation produisent l'érosion de l'épithélium et son
» oblitération ultérieure. Le pus, alors, malgré qu'une par-
» tie de la fossette soit perméable, se trouve emprisonné
» dans l'autre partie et on assiste à l'inflammation des tis-
» sus voisins. La *Margo* et l'extrémité supérieure du pilier
» commencent à rougir, pendant que le malade ressent une
» vive douleur à la déglutition. Si alors on pratique la dis-
» cision de l'extrémité supérieure de l'amygdale, en dilà-
» tant l'ouverture de cette fossette, on préserve huit fois
» sur dix le malade d'une nouvelle péri-amygdalite phleg-
» moneuse; car autrement le pus se dirige en haut ou en
» dehors dans la cavité pharyngo-maxillaire, puisqu'il trouve
» son point d'évacuation inférieur obstrué.

Botey lui-même conclut que le point de départ de l'abcès péri-amygdalien est toujours l'inflammation purulente des cryptes supérieures de l'amygdale situées dans la fossette en question et l'obstacle à l'évacuation du pus.

Il accorde bien un rôle aux adhérences mais un rôle secondaire; l'importance primordiale est à la fossette sus-amygdalienne, dont les adhérences ne font qu'expliquer l'oblitération. Cette obturation orificielle par une inflammation chronique est-elle vraiment indispensable à la production des abcès? Nous ne le croyons pas, car dans une observation d'Escat, nous voyons une malade chez qui la fossette est béante et cependant des abcès répétés se sont produits. Ce qui importe surtout, à notre avis, c'est la profondeur de la fossette, l'anfractuosité de ses parois et son contenu. Par sa disposition fréquente en poche déclive, elle constitue un « nid à microbes » et la pullulation mi-

crobiennne est favorisée par la présence très fréquente d'un contenu caséeux. Que leur virulence s'exalte sous une influence quelconque, et ils déterminent d'abord une inflammation des parois de leur loge: c'est l'amygdalite lacunaire par où débute le phlegmon, rapidement suivie de la formation de pus. C'est à la localisation normale, primitive des agents pathogènes dans la fossette qu'est due sa précoce apparition.

Si l'on admet que l'inflammation obture l'orifice de la fossette, on n'est pas loin de la théorie de la cavité close, soutenue par Dieulafoy, et l'on s'explique les phénomènes réactionnels intenses qui accompagnent presque toujours l'apparition du phlegmon péri-amygdalien.

Au point de vue pathologique, nous pouvons donc assimiler la fossette sus-amygdalienne à une vaste crypte amygdalienne: les mêmes affections s'y développent. Notons l'importance étiologique des lésions lacunaires chroniques, qui peuvent rester localisées dans la fossette et ses recessus ou envahir toute l'amygdale. L'inflammation chronique peut également amener la production de calculs (Raoult; Paterson), qui seront une cause d'abcès.

Dans d'autres cas, ces lésions lacunaires n'existent pas; c'est à l'oblitération complète ou au rétrécissement de l'orifice, par production d'adhérences, que doit être attribuée la cause des récidives de l'abcès. Il n'y a pas ici de lésions cavitaires, comme dans les cas précédents, mais des lésions orificielles.

Lorsque la fossette est indemne de tout processus chronique le phlegmon péri-amygdalien résultera d'une infection pour une cause quelconque, allumant une amygdalite lacunaire aiguë. Celle-ci exalte la virulence du microbe déjà logé dans la fossette, et le phlegmon se déclare.

D'après ce qui précède, on voit que la fossette sus-amygdalienne offre aux agents pathogènes et en particulier au streptocoque, un abri sûr contre les actions destructives, abri que ne possèdent pas les germes vivant à la surface

de l'amygdale; les cryptes sont moins profondes et de nombreuses amygdales ne sont pas pourvues d'orifice cryptique sur leur face libre. Nous nous expliquons ainsi facilement pourquoi certains sujets souffrent d'abcès péri-amygdaliens répétés et uniquement d'abcès toute leur vie, jusqu'au jour où un traitement approprié supprime leur prédisposition. Il est probable que si l'on examinait régulièrement dans tous les cas de péri-amygdalite, l'état de la fossette, après guérison, on trouverait la relation étiologique indiquée. Malheureusement nous n'avons pu suivre les malades que nous avons observés, car nous les voyions seulement à la clinique, où ils venaient chercher un traitement. En tout cas, pendant un an, nous n'avons jamais vu revenir pour un nouvel abcès, les malades qui avaient été opérés, ce qui laisse supposer que l'anse galvanique, ayant transformé la fossette en une cavité ouverte et non déclive, ces malades n'avaient plus été atteints. C'est pour obtenir ce résultat: supprimer la fossette en tant que recessus clos, ou pouvant se clore temporairement, que Botey a préconisé l'ablation du pôle supérieur de l'amygdale.

Quant à la pathogénie de l'abcès intra-amygdalien (beaucoup plus rare que l'abcès péri-amygdalien: 10 sur 263 cas), elle n'est pas la même, croyons-nous, que celles du phlegmon péri-tonsillaire; le rôle de la fossette sus-amygdalienne est ici très effacé. L'abcès intra-amygdalien est presque toujours consécutif à une amygdalite aiguë, dont il n'est qu'un degré de plus dans l'intensité des lésions (folliculo-cryptite aiguë suppurée de Gougenheim et Ripault), aussi le rencontre-t-on plus souvent chez les enfants, plus sujets que l'adulte à cette dernière affection (Obs. XVI); dans sa symptomatologie nous le voyons souvent précédé par une phase angineuse; enfin, il n'existe pas, à notre connaissance, d'abcès intra-amygdalien à répétition.

CHAPITRE IV

Formes cliniques

Leurs rapports avec les agents pathogènes

Il est entendu que nous n'avons pas la prétention de bouleverser le tableau clinique des suppurations de la loge amygdalienne, qui sont tombées aujourd'hui dans le domaine de la pratique courante. Quelles que soient les idées générales nouvelles qui aient modifié les nôtres sur cette affection, il est malaisé d'innover en pareille matière, après les descriptions magistrales que nous ont léguées nos devanciers.

Nous nous contenterons donc d'exposer rapidement la classification anatomique de Moure, basée sur le siège de l'abcès, aujourd'hui classique et acceptée par tous les auteurs modernes; nous essayerons ensuite de donner une classification clinique, en y faisant rentrer une forme subaiguë, non signalée par les auteurs, et une forme indolente, dont Chauveau a rapporté trois cas.

A la période de début, la seule intéressante au point de vue du traitement, il est possible, d'après Moure, de classer les abcès amygdaliens en collections intra et extra-amygdaliennes et même d'établir parmi ces dernières plusieurs catégories.

1^o ABCES INTRA-AMYGDALIEN. — Cette forme, la plus

rare de toutes, sans aucun doute, se manifeste par une projection de l'amygdale atteinte vers l'intérieur de la gorge; cette glande est rouge, tuméfiée, assez lisse à sa surface, et les piliers qui l'entourent sont à peine plus volumineux qu'à l'état normal. Le doigt, porté sur la région infiltrée, sent une masse très rénitente, ce qui provoque du reste une douleur intense. L'abaissement forcé de la langue pour examiner la gorge, occasionne la même douleur, aussi bien que les mouvements de déglutition.

2^o ABCES PERI-AMYGDALIEN. — Lorsque la collection de pus s'est formée dans un point de la loge amygdalienne on peut alors, *au début*, classer ces sortes d'abcès en antéro-supérieurs inférieurs, postérieurs et externes.

a) *L'abcès antérieur* occupe le pôle supérieur de l'amygdale; il est de beaucoup le plus fréquent. C'est celui qui est généralement décrit par les auteurs et le mieux connu des praticiens généraux.

Les signes objectifs qui caractérisent cette collection purulente sont: le refoulement de l'amygdale en dedans et en bas, l'infiltration du pilier antérieur qui devient rouge, épais et œdémateux; cet œdème s'étend généralement sur le côté correspondant de la luette.

La portion du palais, qui s'étend au-dessus du pilier antérieur, bombe fortement en avant, s'offrant en quelque sorte à l'instrument qui doit ouvrir la collection.

b) *L'abcès inférieur*, habituellement antérieur, est caractérisé par le refoulement de l'amygdale en arrière et en haut; la base de la langue, du côté malade, et le pilier antérieur sont tuméfiés, rouges, luisants et en contact permanent, au point que le sillon qui existe à ce niveau a absolument disparu. Si on regarde à l'aide du miroir laryngien, on s'aperçoit que le gonflement descend parfois jusque sur le repli glosso-épiglottique latéral. C'est pour ainsi dire le début de l'abcès péri-laryngien, avec cette différence que la fossette

hyo-épiglottique est absolument libre et que le repli aryénoïdien de l'opercule est intact.

Dans cette forme d'abcès, les troubles de la déglutition sont des plus intenses, car le malade est souvent dans l'impossibilité absolue d'avaler la salive et même les aliments. Le cou est douloureux au niveau de la région correspondant à la partie latérale de l'os hyoïde; les tractions de la langue et son abaissement partiel provoquent une douleur intense; le malade a même parfois des mouvements de régurgitation.

C'est un abcès qu'il importe d'ouvrir très hâtivement, pour éviter les graves accidents qui pourraient en résulter.

c) *Abcès postérieur.* — Cet abcès se forme dans l'épaisseur même du pilier postérieur et se révèle par des signes cliniques particuliers: anxiété plus grande et dyspnée plus précoce, forme arrondie « en boudin » du pilier postérieur tuméfié, refoulement en avant et en bas de l'amygdale saine; la luette est souvent œdémateuse sur sa *face postérieure*. Le pilier antérieur, dans ce cas, est simplement tendu par suite de sa projection en avant, mais il n'est pas gonflé, souvent même il est à peine rouge.

Abandonné à lui-même cet abcès peut se diffuser à la portion supérieure de la loge amygdalienne et déterminer, par suite, la saillie du voile; il s'agirait alors d'un phlegmon diffus de la loge amygdalienne (Moure).

Cette forme postérieure, qu'il faut se garder de confondre avec l'abcès rétro-pharyngien, a cliniquement une existence réelle et autonome qu'on ne peut discuter. Mais la localisation anatomique du pus dans l'épaisseur même du pilier postérieur est peut-être plus discutable, car ce pilier est constitué par un muscle épais, du tissu conjonctif élastique et des glandes et presque dépourvu de tissu cellulaire. Des recherches précises seraient nécessaires pour établir nettement le siège de l'abcès. Paterson, en effet, a signalé une « fossette rétro-amygdalienne » anormale. Etant donné les vues pa-

thogéniques que nous avons exposées, on est tenté de rapprocher cette fossette de la fossette supra-tonsillaire et d'en faire le siège de l'abcès postérieur.

d) *Abcès externe.* — Enfin, lorsque la collection de pus se forme sur la paroi externe de la loge amygdalienne, mais en dedans de l'aponévrose pharyngienne, ce qui distingue l'abcès péri-amygdalien externe du latéro-pharyngien, avec lequel on l'a quelquefois confondu; l'amygdale est alors fortement repoussée en dedans; les piliers sont peu ou pas tuméfiés, mais, par contre, la région du cou correspondant à l'angle de la mâchoire, est empâtée, douloureuse au toucher; les ganglions sont volumineux et sensibles; la fièvre souvent violente et l'état général très mauvais.

Il peut arriver que le pus traverse l'aponévrose pharyngienne, et qu'ainsi se transforme en un véritable phlegmon du cou, une collection tout d'abord cantonnée dans l'intérieur même de la loge de l'amygdale.

C'est dans cette forme d'abcès péri-amygdaliens que s'observent les hémorragies graves par ulcération de la carotide ou de l'un des gros vaisseaux du cou qui, à ce niveau, ne sont pas très éloignés de l'aponévrose du fond de la loge de l'amygdale.

On a mis en doute l'autonomie de cette forme externe, décrite par Moure et Brunel et on a prétendu qu'on devait la confondre avec l'adéno-phlegmon; ces auteurs se basent sur ce fait que, l'abcès étant limité en dehors par une aponévrose et en dedans par une paroi musculaire et muqueuse, devrait avoir une plus grande tendance à s'ouvrir en dedans. Or, c'est précisément l'opinion de Moure qui accorde à ces abcès « une tendance à s'ouvrir dans l'intérieur même de la gorge, tandis que les suppurations latéro-pharyngiennes cherchent une issue vers l'extérieur, c'est-à-dire vers la peau du cou ou le médiastin, en suivant la gaine des vaisseaux. »

Pour donner un aperçu de la fréquence relative de ces différentes formes d'abcès nous citons le nombre de chacune

d'elles, dans 263 cas observés à la clinique oto-rhino-laryngologique de Bordeaux :

Abcès péri-amygdaliens :	{	Abcès antéro-supérieurs.....	144 cas.
		Abcès postérieurs.....	87 cas.
		Abcès externes.....	17 cas.
		Abcès inférieurs.....	6 cas.
Abcès intra-amygdaliens.....		10 cas.	

Telle est la classification anatomique généralement admise. Etudions maintenant les différentes formes cliniques à un point de vue purement étiologique et symptomatologique.

1^o Dans la *forme primitive*, la plus fréquente, l'abcès débute après une période de prodromes (anorexie, malaise, sécheresse de la gorge et légère dysphagie). Quelquefois les prodromes manquent et le début se fait par des symptômes généraux intenses. Déjà apparaissent la dysphagie, le trismus, l'adénopathie cervicale qui annoncent la suppuration prochaine. A la période d'état les phénomènes s'accroissent, le malade est abattu, anémié par la fièvre, la douleur, le manque de repos et de nourriture. Le voile est repoussé en avant, rouge, infiltré et œdémateux. La durée habituelle est de huit à douze jours.

Telle est la forme phlegmoneuse primitive, d'emblée, dans laquelle nous avons toujours rencontré du streptocoque pur.

2^o A côté d'elle il faut distinguer une *forme secondaire* soit à une angine ou une amygdalite aiguë, soit à une maladie infectieuse. Parmi ces dernières nous citerons la grippe; comme on peut le voir dans notre observation IV, notre malade était en convalescence d'une grippe à forme thoracique depuis une huitaine de jours, lorsque se déclara un abcès péri-amygdalien, dû au streptocoque, dont la virulence avait été réveillée sous l'influence de l'infection grippale. L'observation XVI nous montre un phlegmon intra-amygdalien survenu, chez un enfant de 8 ans, au huitième jour d'une angine.

Le phlegmon péri-amygdalien peut encore compliquer la fièvre typhoïde (Thèse de Fauvel), le pseudo-rhumatisme infectieux (Thèse de Veillon), la diphtérie. Au cours de cette dernière maladie il peut se produire une infection secondaire par le streptocoque (cas de Sendziack). Dans un cas de Hubbard, un abcès péri-amygdalien, consécutif à une amygdalite aiguë (?), contenait du bacille de Löffler et le malade mourut de diphtérie laryngée.

3^o *Forme suraiguë*. — Ici les phénomènes généraux sont très intenses; la fièvre est plus vive, on observe du délire ou une prostration marquée, une céphalalgie violente. Lasègue, frappé de cette altération de l'état général dans certains cas, considérait le phlegmon sus-amygdalien comme « la détermination d'une perturbation générale ». Le plus souvent la guérison survient, mais, dans les cas les plus graves, la mort survient par les progrès et la virulence de l'infection générale, qui est l'élément primordial.

Dans notre observation XIX, empruntée à Veillon, le malade meurt en 48 heures, par septicémie; le sang et le pus de l'abcès contenaient du streptocoque. Inversement, on peut très bien concevoir la possibilité d'infections générales, à forme septicémique, dans lesquelles la suppuration péri-amygdalienne peut se produire comme la détermination locale la plus importante, ou même unique; tel le cas du Dr Th. Anger où un abcès à phénomènes ataxo-adiynamiques vient compliquer une fièvre typhoïde à la période de convalescence.

4^o Enfin il est une forme qui, à notre connaissance, n'est pas signalée par les auteurs, et qui est caractérisée par la présence des signes objectifs habituels avec le manque presque absolu des phénomènes réactionnels, qui impriment un cachet si particulier à l'abcès de l'amygdale. Nous l'appellerons la *forme subaiguë*. Nous l'avons observée trois fois (Obs. I, IV et XVI). Dans cette forme clinique les symptômes de la péri-amygdalite s'y retrouvent, mais atténués; rougeur

et tuméfaction du pôle supérieur de l'amygdale, du pilier antérieur et du voile, peu d'œdème de la luette, pas d'adénopathie; la réaction fébrile manque et enfin le malade n'éprouve pas cette lassitude, cette courbature, cet abattement qui sont des caractères constants de l'abcès amygdalien et qui font quelquefois deviner le diagnostic sur le seuil de la salle de consultation. Le facies est normalement coloré, le regard n'exprime pas la souffrance.

Lorsque nous avons entrepris nos recherches bactériologiques nous espérions trouver dans le pus de ces trois abcès des microbes, autres que le streptocoque que nous avons rencontré d'une façon presque constante dans les cas aigus, ou tout au moins une association microbienne, qui pourrait nous expliquer cette atténuation de virulence. Il n'en a rien été et après avoir consciencieusement examiné les liquides pathologiques nous avons retrouvé du streptocoque pur. Force nous est donc de conclure à une virulence atténuée du streptocoque dans les trois cas que nous avons observés. Pourquoi cette atténuation de virulence? La réponse est délicate. Nous ne pouvons pas invoquer l'âge de nos malades, qui avaient respectivement 8, 16 et 45 ans. Nous ne pouvons pas davantage invoquer le terrain, car rien dans leurs antécédents ne nous y autorise. Sans vouloir mettre en doute le rôle du terrain, de l'âge, de l'hérédité dans les infections, rôle qui est aujourd'hui admis comme une règle de Pathologie générale, nous pensons qu'ici cette règle souffre des exceptions.

5° A ces formes cliniques nous ajouterons une *forme indolente*. Chauveau en cite trois cas que nous rapportons intégralement (obs. XXII, XXIII, XXIV), car ils sont rares dans l'histoire de la pathologie de l'amygdale.

Ces abcès ont une évolution très longue, sans aucune tendance à l'ouverture spontanée; ce sont, pour ainsi dire, des abcès chroniques. Les malades éprouvent une gêne légère, mais pas à proprement parler de douleur, ni de dysphagie. Aucun phénomène réactionnel ne se manifeste,

L'examen bactériologique démontra la présence de staphylocoques dans deux cas et de micrococcus tetragenus dans le troisième cas.

Chauveau tire la conclusion suivante: « ces faits cliniques, qui simulent absolument l'abcès froid classique, prouvent une fois de plus que l'existence du bacille de Koch ne peut pas toujours être invoquée, ainsi que l'ont démontré d'ailleurs des recherches antérieures, surtout dans d'autres points de l'organisme, notamment sur les os. Mais ces faits sont plutôt rares du côté du pharynx. »

CHAPITRE V

Traitement

Nous ne saurions clore ces quelques considérations cliniques et bactériologiques sans dire un mot du traitement des collections purulentes de la région amygdalienne. Il ne faut pas oublier en effet que, contrairement à l'opinion généralement admise, l'abcès intra ou péri-amygdalien est une maladie grave, susceptible de se terminer par la mort. Cette dernière peut survenir par hémorragie (Newcomb en a trouvé dans la littérature médicale 41 cas), par septicémie, par pyohémie, par thrombophlébite du sinus caverneux, broncho-pneumonie, etc., tous accidents malheureusement assez fréquents.

Moure rapporte le cas d'un malade qui succomba par paralysie de l'épiglotte, sans qu'on put lui porter secours en pratiquant la trachéotomie qui l'eût certainement sauvé; le médecin qui avait été appelé auprès du malade, persuadé que les abcès de l'amygdale se terminent toujours, soit par résolution, soit par guérison, avait attendu au dernier moment pour demander un avis. Le professeur Moure différa l'opération de quelques heures pour se procurer le matériel nécessaire à la trachéotomie, mais comme il se disposait à revenir auprès du malade celui-ci avait déjà succombé.

Ce seul exemple est le meilleur des arguments contre la

théorie de l'expectation, contre le traitement médical. Le salol, pris à l'intérieur à la dose moyenne de 2 à 4 grammes, préconisé par Gougenheim et Saint-Philippe, qui lui attribuait la propriété de faire avorter la suppuration, a peut-être une action calmante et antithermique, mais n'a aucune influence sur la suppuration. Les réfrigérants, les grandes irrigations chaudes amènent peut-être l'apaisement des symptômes douloureux, mais ils n'influent en rien sur l'évolution de l'abcès, c'est-à-dire qu'ils ne mettent pas le malade à l'abri de la toxi-infection.

Ce sont là des raisons suffisantes pour avoir recours au traitement chirurgical et au traitement chirurgical précoce.

En effet, outre la gravité possible des complications, on peut soulager le malade en ouvrant hâtivement l'abcès; pour cela, il faudra dès le début en localiser le siège, et la plupart du temps, 48 heures après que l'infection a commencé, il se forme dans la région où doit se collecter l'abcès, une tuméfaction assez facile à reconnaître. Dès ce moment il est possible de faire sourdre soit de la sérosité purulente, soit même du pus si l'on ouvre au niveau de la région atteinte. Si Verneuil, pourtant chirurgien, s'opposait à l'incision, c'est parce qu'on ignorait le siège exact du pus et qu'on ne savait pas l'atteindre presque infailliblement.

Par conséquent, aussitôt la présence du pus reconnue, on doit l'évacuer, sans crainte du ou des accidents tout à fait exceptionnels, sur lesquels on s'appuie pour laisser le mal évoluer seul et entraîner souvent des troubles inévitables en pareil cas.

Comment doit se faire cette ouverture? La plupart des praticiens préconisent l'incision au bistouri, comme la plus simple et la plus facile, en ayant soin d'entourer la lame de l'instrument avec du diachylon, de la gaze ou de l'ouate, de manière à ne laisser saillir que la partie de la lame destinée à pénétrer dans la région de l'amygdale (Procédés de Lemaistre et de Barth). Mais dans deux communications à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux et à la

Société française de laryngologie, le professeur Moure fit remarquer les inconvénients de ces procédés: à la période de formation, le pus siège profondément, à 2 cent. 1/2 et même 3 centimètres; c'est donc une manœuvre imprudente que d'aller plonger un bistouri dans les tissus tuméfiés, par conséquent très vasculaires et l'on s'expose à ouvrir, sinon des gros vaisseaux, tout au moins des artérioles ou des vénules suffisamment volumineuses et surtout assez congestionnées pour qu'il se produise un écoulement sanguin, inquiétant pour le patient et pour l'opérateur. C'est du reste la principale raison qui fait différer l'intervention aux partisans de l'expectative.

Grünwald et Killian ont proposé d'employer une pince insinuée à la partie supérieure de l'amygdale entre les deux piliers en la poussant vers l'extérieur, pour ensuite écarter ses branches. La difficulté est de pénétrer à travers le tissu qu'on dilacère. Si l'abcès est antéro-supérieur on peut par ce moyen assez simple ouvrir et vider la poche, mais lorsque le pus est situé plus profondément, il ne faut pas compter sur une simple pince pour ouvrir l'abcès.

Aussi Moure, reconnaissant l'excellence du galvano-cautère dans les interventions sur les amygdales, a étendu son usage au traitement des abcès intra et péri-amygdaliens. L'emploi du galvano-cautère possède en effet de nombreux avantages:

1^o Il permet l'évacuation des abcès dès le début de leur formation et donne la possibilité d'aller chercher le pus profondément dans l'intérieur de la loge où il est contenu, sans produire l'écoulement sanguin désagréable;

2^o Il assure l'évacuation complète de la collection suppurée et un drainage ultérieur parfait. En effet, les bords sphacelés du trajet fistuleux le maintiennent béant, assurent le drainage constant de la poche pendant 6, 7 et même 8 jours et permettent en outre d'aller, avec une sonde cannelée, produire les dilacérations destinées à faciliter l'évacuation du pus. Dans l'ouverture au bistouri au contraire, les lèvres

de l'incision se soudent rapidement. Ce procédé n'est pas plus douloureux que l'ouverture au bistouri.

A la rigueur, le galvano peut être remplacé par une fine pointe de thermo-cautère.

M. le docteur Dupérié citait dernièrement à la Société d'Anatomie de Bordeaux un fait, où, à la suite de l'ouverture d'un abcès de l'amygdale au galvano-cautère, il persista pendant près d'un mois sur l'amygdale une perte de substance béante et anfractueuse à la place de l'ignipuncture; on observa également chez le même malade une paralysie du voile du palais. C'est un cas absolument isolé, car dans les nombreux cas traités dans le service du professeur Moure, il n'est jamais survenu d'accidents semblables.

Quelle direction convient-il de donner à l'incision?

Si l'abcès est intra-amygdalien on dirigera la pointe d'avant en arrière en allant vers la paroi externe de l'amygdale tuméfiée, jusqu'au moment où le pus viendra faire issue à l'extérieur.

Lorsque l'abcès est antéro-supérieur, on doit inciser entre la luette et le pilier antérieur à environ 1 cent. 1/2 au-dessus de la glande amygdalienne. La pointe galvanique sera dirigée d'avant en arrière et en dehors. Il faut quelquefois pénétrer jusqu'à 3 cent. de profondeur. On dilacérera les bords de l'incision avec la sonde cannelée pour bien vider le contenu de l'abcès.

Dans le cas d'abcès inférieur on devra diriger la pointe vers la base de la langue, dans l'épaisseur même du pilier antérieur en allant toujours un peu en dehors.

Enfin, si la collection est postérieure on incisera directement sur la partie boudinée et tuméfiée.

Quant à l'abcès péri-amygdalien externe, il est plus prudent de pratiquer l'ouverture par voie externe, sous chloroforme; il faut aller jusqu'au delà du paquet vasculo-nerveux, pour trouver le pus, tout comme si l'on voulait faire une pharyngotomie latérale.

Les soins consécutifs sont des plus simples: il suffira de

prescrire quelques inhalations en ajoutant des gargarismes émollients fréquents, faits de préférence avec une solution alcaline.

On peut revoir son malade le lendemain et enlever avec douceur la néo-membrane qui pourrait obturer le pertuis créé par le galvano. Généralement au bout de 48 heures le drainage se fait seul. Dans tous les cas opérés dans le service de M. le professeur Moure nous n'avons jamais constaté de récurrence immédiate.

Si, par hasard, on avait ouvert une artériole ou une veinule, il suffirait de bourrer à l'aide d'une gaze stérilisée le trajet créé par le galvano, et on arrête ainsi aisément l'écoulement sanguin. On peut enlever cette gaze au bout de quelques heures sans avoir à redouter d'hémorragie.

En résumé, d'après le professeur Moure, il importe de savoir reconnaître le point par lequel débute l'infection, et ce diagnostic une fois établi, l'ouverture de l'abcès s'impose. « C'est une règle de chirurgie générale à laquelle on ne doit pas se dérober par crainte d'accidents chimériques, bien moins fréquents que les complications des abcès de l'amygdale ou de la région qui circonscrit cet amas de follicules clos. »

CONCLUSIONS

1^o Le streptocoque, sans être l'agent spécifique des abcès péri et intra-amygdaliens, paraît être le plus souvent en cause dans cette affection;

2^o Nous avons rencontré 16 fois le streptocoque pur sur 17 cas observés;

3^o Cette fréquence du streptocoque semble être due à une propriété plus grande de pénétration de ce microbe, vis-à-vis de ses congénères, car, dans les cas terminés par septico-pyohémie, c'est lui qu'on rencontre dans le sang et dans les viscères;

4^o A côté des diverses formes cliniques (abcès classique primitif, abcès secondaire, forme suraiguë) nous plaçons une forme subaiguë dont nous avons observé trois cas, et une forme indolente;

5^o Ces formes cliniques ne sont en relation ni avec des espèces différentes de microbes, ni avec des associations microbiennes déterminées, puisque nous avons toujours, sauf dans un cas, constaté la présence du streptocoque pur;

6^o On peut expliquer cette variation dans l'intensité des phénomènes réactionnels non par la variation des espèces de streptocoques — que les caractères morphologiques et biologiques ne permettent pas de différencier — mais par une

atténuation ou une exaltation de virulence, dont la cause nous échappe le plus souvent;

7^o Le traitement de choix des abcès intra et péri-amygdaliens est l'ouverture précocè au galvano-cautère.

Vu, bon à imprimer,

Le Président de la Thèse,

MOURE

Vu : *le Doyen,*

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux le 2 décembre 1908.

Le Recteur de l'Académie :

R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BESANÇON et WIDAL. — Etude des diverses variétés de streptocoques.

Arch. de Méd. expérimentale. Mai 1896.

BESSON. — Technique microbiologique et sérothérapique.

BOTEY. — De l'importance du pôle supérieur de l'amygdale et de la fossette supra-tonsillaire comme cause des péri-amygdalites phlegmoneuses. *Annales des maladies de l'oreille*. N° 11. 1900.

BRËCKAERT. — De la diphtérie primaire de l'amygdale laryngée. In

* *Revue hebd. de laryng.* 1899. N° 1.

BRUNEL. — Des abcès de l'amygdale palatine. Th. de Bordeaux 1899.

CHAUVEAU. — Abcès amygdaliens indolents. *Arch. internationales de laryngo-oto-rhino*. 1904. N° 6.

CORNET. — Un cas de phlegmon péri-amygdalien survenu chez un enfant de neuf mois. *Bull. de laryngo-oto et rhino*. Paris 1903.

ELLEGOD. — Les cryptes des amygdales comme porte d'entrée des micro-organismes pathologiques. In *Revue intern. de rhino-oto et laryng.* 1897.

FRËNKEL. — Soc. de Méd. intern. de Berlin. 29 juin 1887.

GOODALE. — Suppurations aiguës des amygdales buccales. Assoc. américaine de laryngologie. XXIV Congrès, mai 1899; anal. in *Revue hebd. de laryng.* 1899. N° 2.

GOUGENHEIM et RIPAULT. — Des abcès péri-amygdaliens. *Annales des mal. de l'oreille*. 1894. N° 9.

GUILLON. — Contribution à l'étude des abcès chroniques et enkystés amygdaliens et péri-amygdaliens. Lyon 1898.

- Hugo SELTEN. — *Arch. intern. d'oto-rhino-laryng.* 1904. N° 4.
- JOAN. — Phlegmon de l'amygdale. Paris 1883.
- KÖHLER. — Etiologie des abcès de l'amygdale et du tissu environnant. *Deutsche med. Wochenschr.* 1896. N° 7.
- LELAND. — L'abcès péri-amygdalien. *Revue hebdomadaire de laryng.* 1899. p. 229.
- LOGUEKI. — Contribution à l'étiologie des abcès péri-amygdaliens. *Gazette Lekarska.* 1895. N° 42.
- Maurice GENTY. — *La Clinique.* 7 août 1908.
- MOURE. — Abcès amygdaliens et péri-amygdaliens. Diagnostic et traitement. *Presse Médicale.* Août 1904. N° 68, et *Revue hebdomadaire de laryng.* 1888. t. VIII, p. 413.
- MOURE. — De l'ouverture des abcès péri-amygdaliens. *Journal de Médecine de Bordeaux.* 1898. N° 7.
- MOURE. — Considérations cliniques sur les abcès amygdaliens et péri-amygdaliens. *Le laryngoscope.* N° 1. 1^{er} janvier 1908.
- MOURE. — Traité des maladies de la gorge, du larynx et du pharynx.
- MOURE. — Travaux de la Clinique annexe des maladies de l'oreille, du larynx et du nez.
- MOURE et BRINDEL. — Guide pratique des maladies de la gorge, des oreilles, du larynx et du nez.
- NEWCOMB (James). — *Revue hebdomadaire de laryngo-oto-rhino.* 26 septembre 1908.
- NORVAL Pierre. — Traitement des abcès péri-amygdaliens. *Revue hebdomadaire de laryng.* 1900. N° 32.
- PATERSON. — The fossa supratonsillaris and its affections. *Revue hebdomadaire de laryng.* 1899. N° 1.
- PÉRIGORD. — Méningite suppurée consécutive à un abcès amygdalien. *Limousin Médical.* Mars 1893.
- RAOULT. — Abcès chronique du voile du palais et de la logette sus-amygdalienne contenant des calculs. *Revue de laryngo.* 1899. N° 1.
- RAOULT. — Phlegmon péri-amygdalien externe consécutif à une infection par un corps étranger, *Arch. intern. de laryng.* Paris 1904. N° 4.
- RIPAULT. — Traitement de l'angine phlegmoneuse. *Gaz. médic. de Paris.* Février 1896. N° 9.
- ROMANE. — Etude physiologique et bactériologique de l'amygdale. Paris 1892.

RUAULT. — Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès péri-amygdaliens. *Mercredi Médical*. N° 3. Janvier 1893.

SALLARD. *Th. de Paris*. 1892.

SENDZIACK. — Diphtérie du pharynx et du naso-pharynx compliquée de nombreux abcès des amygdales (palatine, pharyngée, linguale). *Revue hebdomadaire de laryngologie*. 1899. N° 1.

Thomas HUBBARD. — Abcès péritonsillaire et diphtérie. *Revue hebdomadaire de laryngologie*. 1899. N° 1.

TREITEL. — Ueber das Wesen und die Bedeutung chronischer Tonsillarabcesse. *Revue de laryngologie*. 1899. N° 1.

VEILLON. — Thèse de Paris. 1894.

VEILLON. — *Bulletin et mémoires de la Société française d'oto-laryngologie-rhinologie*. Paris 1901.

WOOD et RUSSEL. — Symptômes généraux graves accompagnant un abcès de l'amygdale. *Revue internationale de rhino-oto-laryngologie*. 1897, p. 350.

ZARFDJIAN. — Complications des abcès amygdaliens. *Th. de Bordeaux*. 1903.
